

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

*n° 01. - Paris: Masson, 1930.
Cote : 90152, 1930, n° 01*

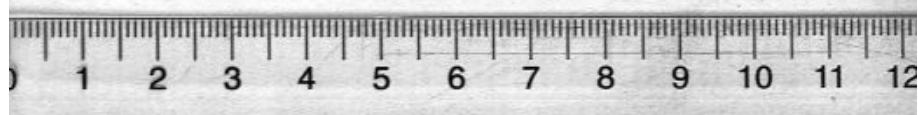


(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.biium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1930x01>



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

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. I. Janvier 1930. 1. 1



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À 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)



—
NIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-HUITIÈME ANNÉE

90152

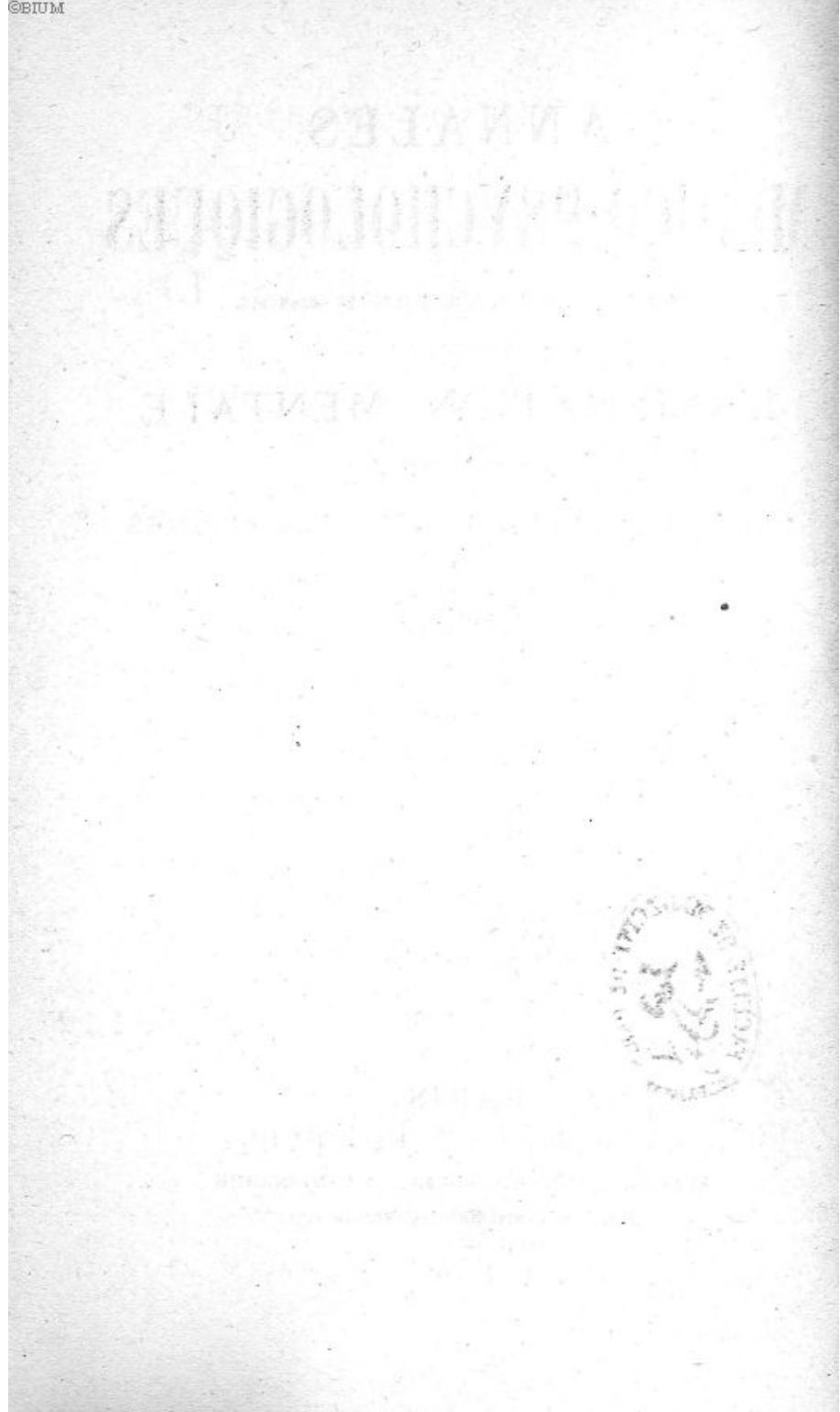
—
PARIS

MASSON ET C^e, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

—
1930



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

INFLUENCE DE LA GUERRE
SUR L'ALIÉNATION MENTALE A PARIS

PAR

D^r A. RODIET et P^r FRIBOURG-BLANC
Médecin de l'Asile de Ville Evrard (du Val de Grâce)

Au lendemain de la guerre 1914-1918, dans une société aussi profondément bouleversée, on pouvait craindre une recrudescence de la folie et l'apparition de nouvelles formes de maladies mentales.

Toutefois, l'expérience des dernières guerres et notamment de la guerre de 1870-71 avait démontré que les grands cataclysmes sociaux ne sont pas toujours générateurs de troubles mentaux plus nombreux ou très distincts des psychopathies observées en temps de paix. On admet, toutefois, que, en période de guerre, comme à toute autre époque, les états délirants s'inspirent des événements quotidiens et se colorent, pour ainsi dire, d'après l'actualité.

Dès 1872, à propos de la guerre qui venait de se terminer avec l'Allemagne, Lunier (1) posait les deux questions suivantes :

1° Les grandes commotions politiques et sociales ont-elles pour effet de déterminer l'explosion d'un certain nombre de cas de folie ?

2° Contribuent-elles à augmenter le nombre des aliénés ?

Rappelant l'opinion de Baillarger, l'auteur conclut, d'après les faits qu'il a observés lui-même, que « si les « bouleversements politiques (révolutions et guerres) « amènent, avec eux, des causes réelles et puissantes de « folie, il faut reconnaître aussi qu'ils suspendent d'autres influences, lesquelles, dans les temps de calme et « de prospérité, produisent souvent cette maladie », et il apporte des statistiques démontrant qu'il n'y a pas eu d'augmentation et d'aggravation des cas d'aliénation mentale en 1870 et 1871.

Pendant cette même période, le Dr Jolly (2), étudie l'aliénation mentale dans l'armée allemande et il conclut que : « si une statistique générale était faite, « on serait étonné de la faiblesse des chiffres auxquels « on arriverait ». Il affirme, pour terminer, que dans la moitié des cas, au moins, la guerre n'a agi que comme cause tout à fait indirecte.

En ce qui concerne la guerre mondiale de 1914-1918, il semblait difficile d'adopter les mêmes conclusions :
 1° Parce que la guerre a été plus longue et plus dure ;
 2° A cause des conditions différentes du conflit qui a mis aux prises, non seulement deux nations, mais le monde entier.

En effet, en 1870-1871, la lutte entre la France et l'Allemagne a été réglée en une année, et les combats n'éprouvaient pas de façon aussi brutale le moral des combattants et la résistance mentale des populations

(1) LUNIER. — Influence des événements de 1870-71 sur le mouvement de l'aliénation mentale en France. *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1872.

(2) JOLLY. — Aliénation mentale dans l'armée allemande pendant la dernière guerre. *Annales médico-psychologiques*, 1873, p. 182.

civiles de l'intérieur, surtout dans la zone des armées. Si l'existence pénible des tranchées, les bombardements intensifs et à longue portée, les brûlures par lance-flammes et par les gaz, la préparation des attaques et le travail pénible qu'elles comportaient, ébranlaient et troublaient l'état mental des combattants, les inquiétudes au sujet de la victoire, de l'invasion et de la marche des ennemis sur Paris, les privations imposées par les restrictions nécessaires, les frayeurs causées par les raids d'avions et le tir du canon à longue portée, étaient aussi de nature à perturber le moral de la population parisienne. Toutes ces causes d'émotions ont été bien mises en valeur par le Dr Maurice Dide (1) dans son livre : « Les émotions de la guerre. » Elles ont été mentionnées aussi par le Pr Dumas (2), dans ses articles de la *Revue de Paris*, où il traite plus particulièrement la question de la paralysie générale en temps de guerre : « Les fatigues, les émotions et les « surmenages divers de la guerre, écrit-il, n'ont pas « influencé l'éclosion de la paralysie générale, mais, en « revanche, lorsque le paralytique général délire, et, « surtout, quand il fait de l'excitation avec satisfaction, optimisme, philanthropie et mégalomanie, il « emprunte volontiers aux événements extérieurs les « éléments de son délire qui se trouve ainsi alimenté « sinon déterminé par la guerre. »

Tous les auteurs ont été d'accord pour admettre qu'il était presque impossible d'établir, pendant la guerre de 1914-1918, une statistique complète des cas d'aliénation mentale chez les mobilisés, à cause des nombreux déplacements de tous ces hommes, qui, lorsqu'ils étaient soignés pour des troubles mentaux, parcourraient successivement la plupart des formations sanitaires de la zone des armées d'abord, et ensuite du territoire, avant d'échouer à l'asile d'aliénés, ou encore d'être remis en liberté, pour retourner aux armées, avant de reprendre la vie civile.

(1) DIDE (Maurice). — *Les émotions de la guerre*. F. Alcan, éditeur, Paris.

(2) PR DUMAS. — *Les troubles nerveux et la guerre*. *Revue de Paris*, 15 juin, 15 juillet 1916, 1^{er} mars, 15 avril et 15 août 1917.

Toutefois, à l'occasion d'une étude (1) sur la « Folie aux armées pendant la guerre », nous avons pu, dans les Archives du Val-de-Grâce, découvrir que de 1914 à 1918, 25.000 mobilisés avaient été expertisés, pour troubles mentaux, dans le service de neuro-psychiatrie de l'Hôpital militaire parisien du Val-de-Grâce.

Quels étaient ces hommes arrêtés à Paris pendant la guerre, et appartenant aux armées ? On peut les classer d'après l'ordre suivant : 1° Permissionnaires en congé régulier, qui, séjournant à Paris, ou de passage dans la capitale en se rendant à leur résidence, déliraient sur la voie publique, ou se livraient à des excentricités et causaient du scandale dans une gare, dans la rue ou les cafés, cinémas ou théâtres.

2° Déserteurs arrêtés à Paris, ou de passage dans la capitale, parce qu'ils s'éloignaient de la zone des armées, refusant de rejoindre leur corps, et tenant des propos bizarres, avec attitudes anormales et réactions antisociales.

3° Malades et blessés soignés dans les Hôpitaux de Paris et des environs, qui paraissaient suspects de folie aux médecins des formations sanitaires du Camp retranché.

4° Prisonniers au Cherche-Midi, en prévention de Conseil de guerre, et qui, soupçonnés d'aliénation mentale, étaient soumis à une expertise, sur la demande de leur avocat.

5° Simulateurs, voulant échapper à l'existence des tranchées, et s'efforçant de se faire interner dans un asile d'aliénés pendant toute la durée de la guerre.

6° Malades suspects, envoyés au Val-de-Grâce, pour examen psychiatrique, par leurs Commandants de corps et les médecins régimentaires.

7° Enfin, permissionnaires conduits par leur famille qui, inquiètes de leurs allures et de leurs propos, sollicitaient un examen mental.

A leur sortie du Val-de-Grâce, après le séjour strictement nécessaire à l'observation, au diagnostic et à la

(1) RODIET (A.) et FRIBOURG-BLANC. — *La folie aux armées pendant la guerre 1914-1918*. Alcan, éditeur, Paris, 1930.

décision qui en résultait, ces hommes étaient, les uns renvoyés à leur corps, les autres internés dans les asiles de la banlieue parisienne, ou reconduits à la Prison du Cherche-Midi, ou enfin réformés.

Quant aux formes mentales observées, elles étaient celles qui sont admises en France, depuis Magnan, et s'énumèrent ainsi :

1° *Débilité mentale*, ou dégénérescence mentale, ou encore déséquilibre mental, héréditaire, avec bouffées délirantes plus ou moins accusées.

2° *Epilepsie*. De nombreux épileptiques ont été mobilisés, et utilisés, surtout dans les services auxiliaires.

3° *Neurasthénie*, avec dégoût de la vie, de l'effort et de l'action. Cette affection, le plus souvent passagère, était devenue fréquente en 1916 et 1917, à cause de la vie déprimante des tranchées, et après commotion par obus ou troubles causés par les gaz asphyxiants.

4° *Etats maniaques*, caractérisés par des périodes d'excitation survenant chez des hommes, jusque là normaux, qui devenaient indisciplinés et agités.

5° *Etats mélancoliques*, provoquant des mutilations volontaires ou des tentatives de suicide.

6° *Délires de persécution ou mystique*, ou *délires ambitieux et de grandeur*, transformant les meilleurs soldats en psychopathes inutilisables aux armées, et même dans les services auxiliaires.

7° *Démence*, qui était souvent la *démence précoce*, ayant nécessité, parfois, l'internement, avant la guerre, et qui continuait à évoluer sous l'uniforme, ou la *démence paralytique*, résultant d'une *paralysie générale* au début, encore insoupçonnable, lorsque l'homme avait été mobilisé.

8° Enfin, les *toxicomanies*, depuis l'*alcoolisme aigu*, si fréquent pendant la guerre, jusqu'à la *morphinomanie*, la *cocaïnomanie*, et même l'*éthéromanie*, dont on a relevé de nombreux cas chez les intellectuels mobilisés.

De l'examen de toutes ces formes de psychopathies observées, pendant la guerre, sur les très nombreux sujets expertisés au Centre psychiatrique du Val-de-

Grâce, on peut déduire, avec le recul du temps, des conclusions concernant :

1° Les psychoses, dites de guerre, et l'étiologie de ces états délirants. -

2° Les réactions des malades mentaux au cours des hostilités.

3° La mobilisation des psychopathes et leur utilisation en temps de guerre.

Tout d'abord, existe-t-il des psychoses de guerre constituant des affections mentales spéciales, tant par leur origine que par leur évolution, et, d'autre part, la guerre augmente-t-elle le nombre des psychoses habituellement observées en temps de paix, et favorise-t-elle l'élosion et le développement de ces maladies ?

Si les anciens auteurs qui ont étudié la question, en particulier Belhomme (1), et Brière de Boismont (2), ont attribué à la guerre un rôle primordial dans le déclenchement des psychopathies, c'est qu'ils s'appuyaient sur les conceptions de Georget, Guislain, Pinel, Esquirol, qui considéraient le rôle des émotions, « des causes morales », comme prédominant dans les maladies mentales, et qu'ils estimaient que ces causes morales étaient suffisantes, à elles seules, pour provoquer la folie.

Ces auteurs étaient d'accord, en cela, avec l'opinion publique, qui a toujours eu tendance à rattacher l'aliénation mentale à des chocs moraux et à des causes extérieures violentes.

Au contraire, plus tard, Magnan et Bouchereau (3) tenaient pour très secondaire l'influence des faits moraux sur les psychoses. Legrand du Saulle (4) estimait que « les révoltes et les émeutes ne frappent

(1) BELHOMME. — Influence des événements publics sur l'aliénation mentale. (*Académie de Médecine*, 2 mai 1848).

(2) BRIÈRE DE BOISMONT. — Folies épidémiques. *Union médicale*, 13 janvier 1849, 13 février 1859.

(3) MAGNAN et BOUCHEREAU. — *Annales médico-psychologiques*, 1872, p. 432.

(4) LEGRAND DU SAULLE. — De l'état mental des habitants de Paris pendant les événements de 1870-71. *Ann. médico-psychologiques*, 1872.

« que l'intelligence des individus prédisposés et ne font
 « que précipiter l'échéance d'une infortune qui devait
 « entrer dans les choses prévues ».

C'est aussi l'opinion de Bourdin (1). Le jugement de ces auteurs est fondé sur l'importance de la notion de prédisposition individuelle entrevue par Maudsley et Griesinger, et sur les nombreuses études entreprises, surtout depuis Magnan, concernant le terrain constitutionnel des psychopathies. En accord avec cette théorie, Mme Imianitoff (2) arrive, dans sa thèse, aux conclusions suivantes :

1° Le nombre des aliénés n'augmente pas au cours des bouleversements sociaux.

2° Les facteurs physiques interviennent, au moins autant que les émotions dépressives, pour faire germer ou s'amplifier, chez des prédisposés, des troubles psychiques jusqu'alors latents.

Dans sa thèse, le Dr J. Raynier (*Les états dépressifs et les états mélancoliques pendant la guerre*), avait exposé les mêmes conclusions, en janvier 1915.

Quelles sont, en effet, les principales causes prédisposantes constitutionnelles des troubles mentaux, et quels sont, d'autre part, les facteurs occasionnels dus à l'état de guerre ?

Parmi les facteurs prédisposants constitutionnels, on trouve l'hérédité psychopathique, la débilité et le déséquilibre mental constitutionnels, les états dégénératifs, l'alcoolisme et la syphilis héréditaires, ou les facteurs personnels, et aussi les affections organiques du système nerveux ou des autres organes (le foie, en particulier), affections antérieures à la psychose.

Mais, surtout, à l'origine des maladies mentales, en temps de guerre, aussi bien qu'en temps de paix, on note les tendances constitutionnelles propres à chaque individu : constitution émotive, cyclothymique, paranoïaque, perverse, mythomaniaque et schizoïde.

(1) BOURDIN. — De l'influence des événements politiques sur la folie. *Ann. médico-psychologiques*, 1893.

(2) Mme IMIANITOFF. — Du rôle des émotions dans la genèse des psychoses. *Thèse de Paris*, 1919.

Quant aux facteurs occasionnels ou causes favorisantes dues à l'état de guerre, ce sont les chocs émotifs, la fatigue physique (surmenage, misère physiologique), les blessures, les commotions, les affections organiques aiguës (infections résultant des conditions de la vie aux armées), et les intoxications (auto et hétéro-intoxications ; alcoolisme).

Or, dans l'étiologie des psychoses en général, et des troubles mentaux de guerre, en particulier, il faut faire une part, à côté des facteurs constitutionnels, dont l'importance est indéniable, aux facteurs occasionnels qu'on ne saurait négliger. Les auteurs qui refusent aux événements de guerre une influence appréciable dans l'étiologie des psychoses paraissent avoir méconnu l'importance essentielle des fatigues physiques, des intoxications, des troubles organiques : hépato-rénaux, gastro-intestinaux, neuro-végétatifs. Ce sont là, au même titre que les chocs moraux, des causes occasionnelles qui sont étroitement liées à l'état de guerre.

De l'ensemble de nos observations du Val-de-Grâce, il résulte que la guerre n'a pas fait apparaître de psychopathies d'un nouveau genre à symptomatologie ou à évolution jusqu'alors inconnues. Mais si nous n'avons pas trouvé de psychoses jusqu'alors inédites, tous les genres de troubles mentaux, antérieurement décrits, se sont rencontrés chez les combattants. L'influence de la constitution émotive était particulièrement évidente chez tous ces malades de guerre. Le même choc émotif, qui avait bouleversé l'équilibre mental d'un prédisposé avait laissé intact l'esprit d'un sujet calme et pondéré.

Quant aux réactions observées pendant la guerre chez les mobilisés, ces réactions ont été en accord avec les formes mentales constatées, et en accord aussi avec les réactions observées chez les mêmes aliénés en temps de paix, mais avec les caractères spéciaux dus à l'état de guerre.

Chez les *maniaques*, on note que le besoin d'action s'est manifesté par des engagements successifs, car, lorsqu'ils étaient réformés, ils s'engageaient à nouveau, et se faisaient renvoyer aux armées, où ils ne devenaient inutilisables qu'après un certain temps, lorsque

leur indiscipline et leur agitation devenaient trop anomalies. Les réactions qui déterminaient l'arrestation et l'examen psychiatrique des maniaques étaient les mêmes que celles observées en temps de paix : la masturbation en public, les tendances érotiques, le délire mégalomaniaque et ambitieux coïncidant avec la logorrhée, l'agitation et les scandales dans un lieu public.

Chez les *mélancoliques*, évacués des armées, on observait le refus d'aliments, refus inerte, passif, avec amaigrissement d'autant plus rapide que cette sitiophobie, s'ajoutant aux fatigues de la guerre, résultait des idées délirantes de déshonneur et de dégoût de la vie, et s'accompagnait de troubles gastro-intestinaux, entretenus par l'existence au front et l'alimentation dans les tranchées. Les anxieux présentaient surtout la tendance au suicide, et aux auto-mutilations, survenant par bouffées, par raptus brusques, impulsifs.

Chez les *confus*, *alcooliques ou non*, et chez les sujets commotionnés, c'est la fugue ou la désertion, par inconscience, qui ont été le plus souvent mentionnées.

Les *déments précoce*s, eux, désertaient aussi, mais par esprit d'opposition, par impulsions et réactions violentes, subites, contre un ordre reçu, ou par évasion dans le rêve qu'ils poursuivaient, totalement étrangers à la réalité ambiante. Chez ces malades, les fugues étaient fréquentes. Les déments précoce n'ont fait aux armées qu'un très mauvais service, en raison des troubles de leur caractère, de leur négativisme, de leur instabilité et de leurs impulsions.

Revendications incessantes, hostilité à l'égard de l'entourage, dès que le délire apparaissait, désertion, tentative de meurtre, et même meurtre, telles ont été les réactions des *persécutés* et des *délirants systématisés*.

Quant aux *débiles* et *dégénérés*, les réactions les plus habituelles étaient, là encore, les fugues et les désertions, les voies de fait envers les supérieurs, les évasions de prison, le refus de se laisser examiner, et toutes les fautes possibles contre la discipline.

Des réactions très graves ont été constatées aussi chez

les *alcooliques*, en particulier pendant les crises d'éthylique aigu : indiscipline avec voies de fait, vols, dénonciations de crimes imaginaires, tentatives de meurtre et auto-mutilations.

Les *toxicomanes* se sont avérés de mauvais soldats, mais lorsqu'ils n'avaient pas de perversions instinctives graves, ils n'ont pas manifesté de réactions antisociales nuisibles à la bonne marche des services, et, solidement encadrés, ils ont été souvent normalement utilisés.

Les *paralytiques généraux* ont témoigné leur trouble mental par la désertion, les vols, la désorientation dans la rue, étant en permission, plus rarement par les violences sur l'entourage. Plus souvent, ils envoyoyaient aux chefs et aux ministres des projets extraordinaires, destinés à terminer la guerre.

Plus redoutables pour leurs camarades étaient les *épileptiques*. Pendant leurs absences et leurs vertiges, il arrivait à certains d'entre eux de s'aventurer inconsciemment dans les lignes, au risque de révéler à l'ennemi l'exakte position de nos tranchées, ou de s'en aller n'importe où, au hasard, abandonnant, parfois, une mission de surveillance qui leur était confiée. D'autres, employés à la conduite des automobiles, ont provoqué, à l'occasion de leurs vertiges ou de leurs crises, des accidents graves. En outre, les troubles du caractère, si fréquents chez les comitiaux, incitaient ces malades à des violences sur autrui.

Les *simulateurs* de maladie mentale n'ont pas été aussi nombreux qu'on aurait pu le supposer, et leurs procédés de simulation ne différaient pas notablement de ceux qu'ils inventent en temps de paix. Démasqués par les experts, ils demandaient souvent à se racheter, et sollicitaient de partir pour le front, où leur conduite devenait, parfois, digne d'éloges.

Ainsi donc, les réactions présentées par les malades mentaux, au cours de la guerre, ont été celles que l'on remarque chez les mêmes aliénés, dans chacune des formes classées des psychoses. Mais ces réactions se coloraient d'une teinte spéciale, qui leur était imprimée par l'état de guerre. Si tous les délirants et psychopa-

thes ont présenté des réactions plus actives qu'en temps de paix, c'est parce qu'ils vivaient dans un milieu plus troublé, et que les conditions d'existence de la société toute entière étaient anormales. En temps de paix, ces mêmes malades auraient manifesté leurs tendances anti-sociales et orienté leur délire d'autre façon, à l'égard de leurs femmes, de leurs voisins et de leurs compagnons de travail. Pendant la guerre, c'est envers leurs chefs, leurs camarades de dépôt ou de tranchées, qu'ils témoignaient de leur insociabilité. L'état de guerre n'a fait qu'imprimer un cachet spécial aux psychopathies. Il importe surtout de noter que les réactions des psychopathes mobilisés ont entraîné, pendant la guerre, des conséquences plus sérieuses qu'en temps de paix, aussi bien pour les malades eux-mêmes que pour leur entourage. Qui pourrait affirmer, qu'au début de la campagne, alors que les inspections psychiatriques étaient rares, tel mélancolique auto-accusateur n'a pas été considéré comme un espion, ou que tel dément précoce, arrêté au cours d'une fugue, n'a pas été pris pour un déserteur, abondant lui-même, à cause de sa suggestibilité, dans le sens de l'interrogatoire d'un juge non averti ?

Il faut espérer que, dans ces cas, les conseils de guerre n'ont pas été impitoyables. Mais encore convient-il de mentionner les difficultés de toute espèce qui résultent, dans les rangs d'une armée disciplinée, de la présence de psychopathes inadaptables, rebelles à tout ordre établi, violents ou inconscients, qui peuvent répandre autour d'eux le désordre et l'exemple de leur insociabilité.

Est-ce à dire qu'il ne faut pas mobiliser les aliénés ? L'expérience de la guerre de 1914-1918 démontre que, au moment où la nation a besoin de toutes ses forces, l'autorité militaire, non seulement peut, mais doit incorporer certains psychopathes. Sans doute, il ne peut être question de faire sortir des asiles les aliénés internés, mais un triage soigneux s'impose. Tout sujet douteux, au point de vue mental, doit être étudié, d'après ses antécédents, si on peut les connaître, et d'après son comportement, à l'époque de la mobilisation.

On a constaté, en effet, que très nombreux ont été les hommes expertisés pour troubles mentaux, qui, longtemps avant leur accès, ou après traitement, ont fait un bon service, vécu pendant plusieurs mois l'existence des tranchées, et même participé aux attaques. Les uns, paralytiques généraux au début, ou atteints d'agitation maniaque, mais encore dociles et susceptibles de donner leur effort, se sont montrés capables, justement parce qu'ils étaient excités et euphoriques, de faire preuve des qualités d'endurance, de courage et de vigueur nécessaires au combattant. Les autres, mélancoliques, et par cela même scrupuleux, inquiets, convaincus qu'ils étaient voués à la mort et la méritaien, ont été prêts à tous les sacrifices, à commencer par celui du risque continual de la vie. Les uns et les autres ont été, à certains moments de leur évolution mentale, d'excellents combattants, et leur dévouement n'a pas été illusoire. C'est à juste titre que l'effort incessant des médecins et des chefs s'est exercé à les récupérer le plus tôt possible, et à les maintenir aux armées jusqu'à ce que leurs troubles mentaux les rendent inutilisables et nécessitent l'évacuation. Il est bien entendu, en effet, qu'au moment où s'avère la psychopathie, avec les caractères qui la rendent incompatible avec le service, l'envoi à l'hôpital psychiatrique ne doit plus être différé. Toutefois, l'internement est une mesure de rigueur, à laquelle il ne faut recourir qu'à bon escient. Les malades, classés dans toutes les catégories des formes mentales, pouvant rendre des services appréciables, doivent être, avant séquestration, observés avec soin, et pour chacun d'eux une utilisation adéquate peut être recherchée.

A propos de tous les mobilisés qui ont été internés, soit pendant la guerre, soit pendant les années qui ont suivi l'armistice, la question s'est posée du droit à la pension payée par l'Etat à leurs familles et du droit aux soins gratuits dans un établissement de l'Etat. Or, en matière d'aliénation mentale, le rôle des experts, aussitôt après la guerre, et même pendant la guerre, était compliqué de nombreuses difficultés, lorsqu'il s'est agi d'établir le droit à la pension.

En effet, à l'occasion de l'examen de chaque dossier et de chaque malade, on pouvait se poser les questions suivantes :

1° La guerre a-t-elle été le facteur étiologique et capital de la maladie mentale ?

2° Le facteur « guerre » est-il associé à d'autres motifs susceptibles d'être retenus pour le droit à la pension ?

3° La guerre, ses fatigues et les conditions d'existence imposées aux mobilisés doivent-elles être considérées comme cause d'aggravation de la maladie qui existait avant la guerre ?

Tout d'abord, il faut admettre que les fatigues et les dangers d'une guerre aussi terrible et longue que celle de 1914-1918 peuvent, sans qu'un autre facteur étiologique intervienne, déterminer des troubles mentaux, bien que tel ne soit pas l'avis de tous les aliénistes. Certaines observations, recueillies par nous au Val-de-Grâce, sont démonstratives à ce sujet. De nombreux mobilisés n'avaient pas présenté, avant la guerre, de déséquilibre ni de symptômes d'affection mentale. On peut donc conclure qu'il existe des psychopathies contractées aux armées, en relation directe avec les fatigues militaires et résultant d'un fait de service ou d'un fait de guerre, notamment chez les blessés et les commotionnés. Certains accès délirants de confusion mentale aiguë, de mélancolie anxiante, etc..., ont été engendrés par les fatigues et les émotions douloureuses de la guerre. Plus tard, la période aiguë passée, il est probable que ces états ont dû se compliquer d'affaiblissement intellectuel, d'indifférence émotionnelle, de démence précoce ou de confusion mentale chronique.

D'autre part, ainsi que l'a écrit Benon (1), plus souvent encore que cause déterminante, la guerre est la cause occasionnelle de troubles mentaux. Il n'est pas douteux, en effet, que c'est à l'occasion des fatigues et des émotions de la guerre que sont apparues des psy-

(1) BENON. — La guerre et les pensions pour maladies mentales et nerveuses. *Revue neurologique*, 1916.

chopathies, les unes transitoires, les autres durables, et même qui ont abouti à l'incurabilité. Toutefois, si la guerre a été surtout une cause prédisposante et a préparé, dans certains cas, le terrain à une maladie mentale, il semblait difficile d'admettre, sans examen ni discussion, les demandes de pension de toutes les familles des mobilisés atteints d'aliénation mentale, qui, sans exception, ont attribué à la guerre les psychopathies de leurs proches, alors même que l'apparition du syndrome mental s'était produite longtemps après l'armistice.

Le plus souvent, en réalité, la guerre n'a pas engendré la maladie mentale, mais elle a été une cause d'aggravation chez un certain nombre de mobilisés, et il convient dans ces cas, semble-t-il, de déterminer le droit à la pension, d'après chaque affection mentale caractérisée, en considérant le passé et l'état actuel du sujet examiné. On peut soutenir, en effet, qu'en dehors même des paralytiques généraux et des déments précoces, l'état mental des délirants systématisés chroniques, aussi bien que des épileptiques, hystériques ou malades atteints de psychoses périodiques, a été soumis à une plus rude épreuve qu'en temps de paix.

A plus forte raison, doit-on admettre que la constitution émotive des débiles mentaux, des neurasthéniques et déprimés héréditaires a été fortement ébranlée par la guerre. Sans aucun doute, ceux-là qui, même présentant un excellent état physique, en apparence, et non reconnus malades, ont été envoyés au front, ont vu leur affection mentale provoquée, ou plus souvent encore aggravée par les fatigues et le surmenage de la guerre, et c'est à juste titre que ces malades et leurs familles ont fait valoir leurs droits à une pension.

Dans tous les cas, il convenait que les experts, bien que se montrant réservés au sujet du pronostic et de l'avenir des malades, se soient montrés très larges dans l'appréciation du taux d'invalidité des infirmes du cerveau, et que ceux-ci aient bénéficié, eux et leurs familles, de la loi du 31 mars 1919, qui les protégeait contre la misère et leur assurait des soins. De même, en cas de décès à l'asile d'aliénés, les médecins n'ont pas hésité à certifier que les fatigues de la guerre avaient

aggravé l'affection mentale. Il ne faut pas oublier, en effet, que, même si ces hommes ont été mobilisés à l'intérieur, le changement d'existence, les émotions, les fatigues, les préoccupations d'avenir ont accéléré l'élosion ou la marche des troubles mentaux. A plus forte raison, quand il s'agissait d'un combattant, devait-on rechercher de lui assurer les compensations légales auxquelles les sacrifices imposés lui donnaient un droit, le plus souvent légitime.

Ces observations sur l'état mental des mobilisés, pendant les hostilités, étaient intéressantes à poursuivre chez les civils, pendant la période d'après-guerre.

D'autre part, alors qu'avant 1914, tous les déséquilibrés à réactions antisociales étaient, à Paris, aussitôt la psychopathie reconnue, dénoncés au commissaire de police de leur quartier, ou directement à la Préfecture de Police qui les envoyait à l'Infirmerie spéciale, en vue d'une expertise et d'un internement, un organisme nouveau s'est créé en 1923, à Ste-Anne, qui se substituait, en certains cas, à l'Infirmerie spéciale. En effet, les conditions économiques résultant de l'état de guerre nécessitaient une assistance aux aliénés différente des anciennes méthodes et qui, s'il était possible, fut moins dispendieuse pour l'Etat, en restreignant les internements. On s'est donc demandé s'il n'était pas opportun, afin de diminuer les dépenses de l'assistance aux aliénés, de laisser en liberté et de soigner dans leurs familles, tous ceux dont les réactions ne paraissaient pas dangereuses pour la société, ceux qu'on a appelés « les demi-fous ». C'est dans ce but que fut créé, en 1923, le Dispensaire d'Hygiène mentale. A cette date, sur l'initiative du Dr Toulouse, médecin de l'asile Ste-Anne, le Conseil général de la Seine a décidé d'organiser, sur l'emplacement de l'ancienne Admission, à l'asile Ste-Anne même, un hôpital psychiatrique, « Hôpital Henri-Rousselle », où seraient admis librement et soignés en liberté les psychopathes conscients de leurs malaises mentaux, demandant à être traités, et ceux à qui leurs familles seraient désireuses d'éviter l'internement dans un asile d'aliénés.

C'était là une innovation dans la thérapeutique des

maladies mentales, innovation en désaccord avec le dogme autrefois admis que, pour soigner un aliéné, il faut, avant tout, « l'isoler de son milieu et de sa famille ». Aussi, après un essai poursuivi pendant plusieurs années de traitement des psychopathes en cure libre, les promoteurs des services ouverts pour aliénés ont-ils demandé (1) qu'il leur fût possible de maintenir en observation, malgré leur résistance à un examen prolongé, et de maintenir internés, la plupart des malades qui venaient librement en consultation à l'Hôpital Henri-Rousselle.

C'est pourquoi MM. Toulouse et Dupouy demandent à ce que la nouvelle loi en instance au Sénat sur le régime des aliénés sanctionne l'existence dans les services *ouverts* d'un service d'observation *fermé*, où l'examen et le maintien d'un psychopathe protestataire soient autorisés durant le temps nécessaire à l'examen. Cette disposition légale nouvelle paraît d'autant mieux justifiée qu'il existe des malades venant en consultation qui se dérobent à tout contrôle et à tout examen prolongé. Tels sont les alcooliques chroniques. A propos de ces malades comme au sujet de chaque malade en particulier, il faut faire des réserves sur les résultats à attendre du traitement en liberté. Le plus doux et le plus inoffensif, en apparence, des psychopathes est exposé, lorsqu'il est entraîné par son délire, à des réactions brutales sur lui-même ou sur les autres. En outre, ainsi que l'a démontré le Dr Serin (2), le médecin se heurte à de graves difficultés, quand il s'agit de soigner les malades mentaux à leur domicile.

Pour aussi légitime, d'ailleurs, qu'ait été la vogue du service de Prophylaxie mentale et de l'Hôpital Henri-Rousselle, les psychopathes qui viennent à la consultation, spontanément ou amenés par leurs familles, ne sont pas la majorité à Paris. C'est à l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de Police que sont conduits la plu-

(1) TOULOUSE et DUPOUY. — La mise en observation dans les services psychiatriques ouverts. *Annales de Médecine légale*, juillet 1927.

(2) DR SERIN. — *Pratique médicale française*, décembre 1926.

part des aliénés. Ainsi que l'a écrit Garnier (1), plusieurs années avant la guerre : « l'intérêt de l'Infirmerie spéciale se trouve dans le fait que le malade arrive dans la phase agissante et démonstrative de sa folie... Alors que, quinze jours plus tard, à l'asile, il s'est calmé, et que son délire s'est atténué, ou même s'est modifié, le malade apparaît, dès son entrée à l'Infirmerie spéciale, dans toute la vivacité de ses manifestations délirantes. Il a une originalité d'allures et une franchise de réactions qu'il tendra à perdre après qu'il aura été soumis au régime de l'asile, confondu avec une centaine d'autres malades et assujetti à une discipline ».

La clinique de l'Infirmerie spéciale est donc le centre psychiatrique le plus important de Paris, non seulement à cause du renouvellement incessant de sa population d'aliénés, mais aussi à cause de la variété des cas d'aliénation qui se présentent à l'examen médical. C'est là que, pour établir des statistiques et recueillir des renseignements au sujet de l'influence de la guerre sur l'aliénation mentale à Paris, il convenait de s'adresser. C'est le résultat de ces recherches qui est exposé dans les statistiques et tableaux suivants.

Afin d'établir une comparaison, il importe de présenter des chiffres sur les entrées à l'Infirmerie spéciale pendant l'année qui a précédé la guerre, au cours des années de guerre et pendant les années qui ont suivi la guerre. L'examen de ces statistiques est le meilleur moyen d'étudier les effets du bouleversement social provoqué par la guerre sur l'état mental de la population parisienne.

(1) GARNIER (P.). — *La Folie à Paris*, Bailliére, édit., 1890.

Tableau des entrées à l'Infirmerie spéciale par année, avant la guerre, pendant la guerre et après la guerre

Années

1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2255	2189	2114	1901	1704	1634	1752	1935	1890	1885	2071	2056

Si, d'autre part, on examine les chiffres des entrées mensuelles à l'Infirmerie spéciale aux mêmes époques, on se rend compte, d'après les tableaux et statistiques, de l'évolution de la folie à Paris, pendant l'année qui a précédé la guerre, les années de guerre et les six années qui ont suivi les hostilités. Les cas de psychopathie nécessitant l'envoi pour examen à l'Infirmerie spéciale ont été plus nombreux en 1913 que pendant la période d'après-guerre. Si on compare les entrées mensuelles, on note cependant 262 entrées pendant le mois d'août 1914, au lieu de 171 en août 1913, 148 en août 1919 et 154 en août 1920. Mais on observe surtout que la courbe des entrées fléchit nettement pendant la guerre, en passant progressivement de 2.255 entrées en 1913 à 1.704 en 1917 et 1.634 en 1918, pour se relever progressivement aussi jusqu'à 2.071 en 1923 et 2.056 en 1924.

A cette décroissance, puis relèvement dans la marche de la folie, plusieurs causes :

1° Le départ de nombreux aliénés pour la province, avant la mobilisation, par besoin d'échapper à cette mobilisation et de se soustraire à leurs obligations militaires.

2° Le passage dans les dépôts et la présence des aliénés incorporés aux armées pendant toute la période où

leur délire n'était pas incompatible avec le service, jusqu'au moment où leurs réactions antisociales nécessitaient un examen psychiatrique. Ceux-là, soumis à l'autorité militaire, ont figuré sur les dossiers du Val-de-Grâce et n'ont pas été inscrits au contrôle civil de l'Infirmerie spéciale.

3° La décroissance passagère, pendant les hostilités, de la population parisienne. Il est évident que des psychopathes qui, en temps de paix, auraient été internés à Paris, ont été recueillis par les asiles départementaux, parce qu'ils habitaient la province pendant la guerre. Ces malades n'ont pas figuré sur les statistiques parisiennes.

4° La loi de prohibition de la vente de l'absinthe et les restrictions de la vente des boissons alcooliques, édictées dès le début de la guerre, ont diminué les cas d'alcoolisme aigu dans la population parisienne, au cours des hostilités, et évité ainsi beaucoup d'arrestations pour ivresse délirante, et d'examens psychiatriques à l'Infirmerie spéciale.

5° Enfin, l'ouverture du Dispensaire d'Hygiène mentale, en 1923, permettant aux familles d'aliénés de faire traiter certains malades en cure libre et de leur éviter le passage à l'Infirmerie spéciale, a contribué, dans une certaine mesure, à faire flétrir la statistique des entrées dans cette Infirmerie.

En comparant encore les tableaux des entrées mensuelles à l'Infirmerie spéciale, on observe aussi que : les entrées, aussi bien des hommes que des femmes, ont été plus nombreuses en juin 1913 que pendant les autres mois de cette même année, et plus nombreuses surtout pendant les mois de juillet 1914 (220 entrées), août 1914 (262 entrées) et septembre 1914 (200 entrées) que pendant les autres mois de cette année, des années de guerre et des années qui ont suivi la guerre.

D'autre part, on compte plus d'hommes que de femmes pendant les années qui précèdent et suivent la guerre que pendant la guerre, pour deux raisons :

1° Pendant la guerre, les hommes étaient aux armées, et le plus souvent les hommes jeunes qui ont été exper-

tisés à l'Infirmerie spéciale avaient été réformés, soit parce que, arriérés ou débiles mentaux très inférieurs, déments précoce en état de stupeur ou d'excitation, ou encore épileptiques ou paralytiques généraux, ils étaient internés à l'époque de la mobilisation, ou bien avaient été réformés par les conseils de revision de leur centre de recrutement.

Pendant la guerre, les femmes examinées à l'Infirmerie spéciale ont donc été plus nombreuses que les hommes.

2° Avant la guerre, l'alcoolisme, à Paris, était plus souvent constaté chez les hommes que chez les femmes. De même, la guerre terminée, après une période de restrictions dues aux lois de prohibition des liqueurs convulsivantes et à la cherté de la vie, la courbe de l'alcoolisme, surtout avec la mode des cocktails, s'est relevée jusqu'à atteindre le niveau d'avant-guerre, chez les hommes, et à le dépasser chez les femmes.

Quant à la population des asiles d'aliénés parisiens, on a constaté qu'elle n'avait pas augmenté jusqu'à ces dernières années. En décembre 1928, le rapporteur général du Service des aliénés au Conseil général de la Seine mentionne que (1) : « Le nombre des aliénés « demeure sensiblement inférieur à ce qu'il était avant- « guerre, 15.837 aliénés en 1913, au lieu de 14.296 au « 1^{er} octobre 1927 et 14.502 au 1^{er} octobre 1928. »

Il est vrai que le 4 janvier 1930, un journal du soir, parce que le nombre des aliénés traités en 1929 dans les asiles parisiens s'est élevé à 14.824, soit 322 unités de plus qu'en 1928, dénonce que « le nombre des aliénés augmente dans l'agglomération parisienne ».

Quoi qu'il en soit de cette affirmation, elle est en désaccord avec les études, travaux et statistiques, démontrant que l'influence de la guerre sur la santé mentale de Paris n'a pas été aussi néfaste que le craignaient les pessimistes et, qu'en général, le bouleversement social de 1914-1918 n'a pas diminué le capital intellectuel de la plus grande ville de France.

(1) *Bulletin municipal officiel* du 3 février 1929.

PSYCHOSES TOXI-INFECTIEUSES CHRONIQUES ET MALADIES INTERCURRENTES

Par Henri DAMAYE

En bien des travaux, nous mêmes en parallèle les affections mentales constitutionnelles et les toxi-infectieuses. Dans nos *Eléments de neuro-psychiatrie*, nous avons insisté beaucoup, à dessein, sur cette question, si importante au point de vue anatomo-clinique, qui occupera énormément la pathologie mentale de l'avenir. Nous avons différencié, autant que faire se peut à l'heure actuelle, et au point de vue clinique et à celui de l'anatomie pathologique, les deux grandes classes d'affections mentales. Nous avons montré ensuite les difficultés d'une différenciation précise, les cas mixtes, les imbrications des deux variétés, la thérapeutique à mettre en œuvre dans les cas divers.

Nous ne reviendrons donc point sur ces études. Notre but, aujourd'hui, est de mettre en évidence la fragilité plus considérable des psychoses toxi-infectieuses chroniques vis-à-vis des maladies intercurrentes.

Dans le cas que nous allons rapporter, il s'agit d'une fièvre typhoïde évoluant chez un de ces nombreux malades d'asiles, dont le cerveau est en voie d'atrophie lente et progressive, avec ampliation ventriculaire, abondance de liquide encéphalique, par le fait de la banale méningo-encéphalite que nos nécropsies révèlent si fréquemment. L'atrophie cérébrale de ce processus met tout l'organisme en état d'infériorité. Chez ces malades, le trophisme, la vitalité des tissus se trouvent diminués. Les escarres se produisent facilement.

(1) DAMAYE. — L'Escarre et l'atrophie cérébrale des affaiblis intellectuels. *L'Encéphale*, décembre 1920.

26 PSYCHOSES TOXI-INFECTIEUSES CHRONIQUES

Chez un typhique dont le système nerveux est suffisant, si une escarre sacrée se produit par le fait d'un long alitement, on favorise une cicatrisation rapide avec le cacodylate de soude à haute dose. Mais, s'il existe une atrophie plus ou moins avancée de l'organe cérébral, l'escarre ne se cicatrice point, et le malade peut mourir par l'infection secondaire de cette escarre, souvent porte d'entrée d'une broncho-pneumonie.

Nos malades constitutionnels et nos malades toxico-infectieux ont donc, fréquemment, une résistance très différente aux affections, et principalement aux infections intercurrentes.

M... Jean, cinquante-neuf ans, maréchal, entre à l'asile, en juillet 1929, dans un état d'affaiblissement intellectuel avec idées de persécution, hallucinations auditives et visuelles. Moments d'excitation. Il voit des gendarmes avec des fusils qui veulent le tuer. Insomnie. Quelques excès éthyliques. — Son père serait mort aliéné.

En décembre 1929, ce malade fait une fièvre typhoïde à courbe classique. Il avait bu de l'eau de rivière, aux robinets des lavabos. La fièvre typhoïde évolua avec, au troisième septenaire, une hémorragie intestinale. Mais celle-ci n'emporta point le malade : la cicatrisation s'opéra, avec les médications classiques. Il en fut tout autrement d'une escarre sacrée, apparue presque en même temps. On eut beau faire chaque jour 5 centigr. cacodylate de soude et entretenir le plus aseptiquement possible l'escarre avec du vin aromatique, cette escarre s'élargit et se creusa. D'autres petites s'annoncèrent aux coudes. Le malade, guéri de sa typhoïde, mourut, du fait de l'escarre sacrée, le 12 janvier 1930.

Nécropsie, 24 heures après la mort. — Pas d'œdèmes des membres. Large et profonde escarre sacrée. — Pas de tuberculose pulmonaire. Congestion œdémateuse aux deux bases. Bronchite à la base gauche. — Surcharge graisseuse du ventricule droit. Mitrale épaisse. Sigmoïdes aortiques parcheminées. Une petite plaquette athéromateuse à la base de l'une des sigmoïdes. Rien à la crosse aortique. — Dégénérescence graisseuse moyennement avancée du foie. — Rate petite (fait peu classique,

après une telle infection). Diminuée de volume. Teinte lie de vin du parenchyme avec trabécules un peu épais-sis. Capsule épaisse portant une petite masse chondroïde du volume d'un gros noyau de cerise. — Reins en dégénérescence graisseuse moyennement avancée. Capsule adhérente au cortex. Au rein droit, surcharge graisseuse du bassinet. Noyau lardacé à la périphérie du rein gauche, dans le tissu extra-rénal. — L'intestin grêle a de nombreuses plaques ecchymotiques atténuées, en voie de résolution. Le gros intestin présente aussi de la congestion, à un degré moindre. Pas de ganglions saillants dans le mésentère.

Encéphale : une certaine quantité, 50 cc. environ de liquide encéphalique vaguement rosé. Pie-mère très épaisse, à la convexité, sans adhérences au cortex ; quelques régions ecchymotiques à sa convexité. Ventri-cules amplifiés, un peu bêants, avec plexus choroïdes kystiques. Artères cérébrales très athéromateuses, en de nombreux endroits. A la périphérie du lobe gauche du cervelet, petit abcès du volume d'un gros grain de raisin.

Il s'agit, en somme, comme on le voit, d'un malade non tuberculeux, non affaibli par d'autres causes, mais mis en état d'infériorité grave par sa méningo-encéphalite chronique atrophique. Sa lésion de l'organe cérébrale, par l'atrophie déjà notable du cerveau, l'a rendu incapable de surmonter jusqu'au bout l'évolution d'une fièvre typhoïde à hémorragies. Les hémorragies intestinales ont guéri. Mais l'escarre sacrée ne s'est pas cicatrisée et a causé la mort du malade.

LE SIGNE DU MIROIR DANS LES PSYCHOSES
ET PLUS SPÉCIALEMENT
DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

par Paul ABELY

(Service de Psychiatrie de l'Hôpital général de Tours)

Au cours d'une présentation de malade faite à la Société Médico-Psychologique de juillet 1927 nous avons signalé l'existence d'un curieux symptôme qui se rencontre avec une très grande fréquence à la période prémonitoire de la démence précoce au point de constituer un véritable signal d'alarme dans l'éclosion souvent torpide de cette psychose. Nous lui avons donné le nom de « signe du miroir » et nous nous proposons de l'étudier plus longuement, avec plus de détail et de précision, dans un article prochain. Il nous paraît en effet intéressant de décrire pour la première fois ce petit signe clinique dont nous n'avions trouvé mention dans aucune littérature psychiatrique.

Depuis deux ans nous avons recueilli une trentaine d'observations à son sujet.

Depuis notre première publication et dans l'intervalle de nos recherches M. A. Delmas, qui n'avait pas eu connaissance de notre observation de juillet 1927 publiait, en février 1929, à cette même Société un très intéressant et très documenté article sur « le signe du miroir dans la démence précoce ». Nos travaux parallèles sur ce symptôme apportent un complément utile à l'étude des petits signes de la démence précoce.

Ce signe consiste comme son nom l'indique en un besoin qu'ont certains sujets de s'examiner longuement

et fréquemment devant une surface réfléchissante. Ils utilisent le plus souvent les glaces, les miroirs. Leur examen porte surtout sur leur visage, mais aussi sur l'ensemble du corps.

Nous avons recherché ce symptôme soit chez des malades vivant dans leur famille, insuffisamment troublés dans leur état psychique pour être hospitalisés, soit chez des malades internés.

Lorsqu'on interroge les familles à ce sujet, elles sont étonnées de cette question tant la perspicacité de leur interlocuteur les surprend et elles s'empressent d'ajouter : « Mais en effet, nous avons été maintes fois frappés de l'insistance avec laquelle notre enfant se regardait dans les glaces. Il se cachait pour pouvoir s'admirer plus à son aise, pendant de très longs instants, et il paraissait très contrarié quand on le surprenait se livrant à cet examen. » Cette réponse était affirmative dans quatre-vingt pour cent des cas environ.

Un fait ne tarda pas à nous frapper, à savoir que la proportion dans l'affirmation de la réponse était beaucoup plus importante quand il s'agissait de malades du sexe masculin. Il est possible que la coquetterie étant moins intense, moins évidente chez les jeunes hommes que chez les jeunes filles, le symptôme attirait plus l'attention. Nous avons pu suivre l'évolution de ce signe du miroir chez 30 malades. Dix-neuf des sujets vivaient dans leur famille, onze étaient internés dans notre service.

Parmi les 19 sujets non-hospitalisés, 18 étaient des schizophrènes types, un seul était un déséquilibré hyperémotif psychasthénique et obsédé. Au contraire parmi les 11 sujets internés, 4 seulement étaient justifiables du diagnostic de démence précoce, 6 étaient des mélancoliques préséniles avec réactions anxiuses intenses, la dernière était une vieille maniaque chronique.

Nous avions employé dans notre service la méthode de recherche suivante : nous avions tout d'abord fait distribuer des glaces de poche à tous les malades relativement lucides et non susceptibles d'impulsions au sui-

cide, nous avions ensuite installé un grand panneau réfléchissant dans la salle de bains où passaient tous les malades pour les bains de propreté. Deux cénis sujets environ défilèrent devant ce panneau. La plupart négligèrent de s'y arrêter, quelques maniaques exubérants et quelques paralytiques généraux s'admirèrent avec complaisance, mais rapidement, la plupart des déments précoce, pourtant nombreux, passèrent avec indifférence, deux mélancoliques préséniles regardèrent furtivement puis s'éloignèrent avec un geste d'effroi. Nous arrêtâmes l'un d'eux et le forcâmes à revenir devant la glace, mais ce geste déclanchant un paroxysme anxieux, il couvrit ses yeux de ses deux mains pour ne pas voir. Par moment il écartait un peu les doigts puis, apercevant son image, il reculait en disant : « C'est affreux. » Deux déments précoce s'arrêtèrent complaisamment devant le panneau : l'un d'eux lustra lentement ses cheveux mouillés par l'eau et se contempla longuement ; habituellement, sous l'empire d'une agitation catatonique violente, il était relativement calme depuis quelques jours. Le second s'arrêta de même pendant plusieurs minutes, il fit quelques grimaces, recula, avança, sourit, s'éloigna, revint sur ses pas, puis partit définitivement en adoptant une démarche traînante et maniérée.

Très peu de malades utilisèrent leur glace de poche ; ils la rendirent docilement aux gardiens sans la moindre expression de regret.

Trois mélancoliques préséniles insistèrent pour s'en débarrasser. L'un d'eux nullement affaibli intellectuellement et nanti d'une instruction supérieure nous fit cette remarque : « Docteur, je vous en prie, débarrassez-moi de ce martyr ; malgré moi je me sens forcé à regarder mon visage et c'est trop pénible de voir ce que je suis devenu ; plus je m'examine, plus il me semble que j'ai une tête de canard ! »

Un quatrième avait cachait sa glace sous son oreiller ; de temps à autre il se mirait en se dissimulant, puis se mettait à pleurer. Chez nos six mélancoliques d'involution, présentant ce signe du miroir, l'accomplissement de l'acte obsédant était suivi d'une réaction anxieuse intense.

Nous citons à titre purement indicatif et comme ne présentant aucun intérêt spécial, le cas de la manie chronique qui pendait sa glace à la muraille et chantait devant elle des airs d'opéra avec forces gesticulations.

Chez nos quatre déments précoce le fait de se mirer ne s'accompagnait d'aucune réaction affective intense. L'un d'eux paraissait extrêmement s'amuser à sa propre contemplation, il riait et chuchotait à son miroir des paroles imperceptibles ; un second, comme dans un cas cité par M. A. Delmas, se regardait fumer et lançait les volutes de fumée contre la glace. Pendant plusieurs jours un troisième s'était longuement examiné ; la plus grande partie de ses journées s'était passée à cet examen. Un matin, à notre visite, nous ne fûmes pas peu surpris de le retrouver blotti dans un coin, atrocement maquillé, son visage était recouvert de plâtre qu'il avait arraché au mur du dortoir, ses yeux étaient bistrés avec la mine du crayon qui lui servait à écrire, ses lèvres étaient horriblement teintées en rouge avec une substance que nous n'avons pu définir, peut-être avec un bâton qu'il avait mendié la veille au parloir à une visiteuse. Ce pierrot de carnaval n'était nullement joyeux ; il paraissait soucieux, morose, et nettement hostile. Par la suite il écrivit d'innombrables lettres à des parfumeurs parisiens leur réclamant les produits de beauté les plus hétéroclites. Quand on lui eût supprimé la glace il essayait de se regarder dans les carreaux de la fenêtre et dans un gobelet rempli de tisane.

Il est à rapprocher d'une autre malade dont nous parlait M. M. Hesnard, qui se mettait nu devant une armoire à glace et se poudrait tout le corps, il s'agissait encore d'un schizophrène certain.

Ces quatre déments précoce internés refusèrent de nous donner une explication quelconque quant à ce besoin de se mirer. De l'étude de ce premier groupe de malades, nous pouvons conclure que le signe du miroir est exceptionnel dans les démences précoce avancées.

Dans la plupart des cas et d'après les renseignements des familles, il s'est manifesté lors de l'apparition des

premiers symptômes, puis il a disparu avec la période d'Etat. Quelques fois il peut se transformer en stéréotypie et n'a alors pas plus de valeur que tout autre stéréotypie des hébéphréniques.

Chez nos dix-huit malades, vivant dans leur famille, le signe du miroir était constant. Il était apparu insidieusement de concert avec quelques troubles de l'humeur et de l'attention, avec des tendances aux fugues et aux soliloques.

La forme clinique de leur psychose était assez spéciale, elle correspondait au type schizomaniaque de M. Claude; dans leur passé on constatait l'existence d'un état constitutionnel spécial du type schizoïde. La plupart avaient été des rêveurs à tendance artistique, presque toujours ils portaient le poids de tares héréditaires dégénératives ; leurs troubles psychiques s'étaient développés lentement et d'une façon torpide, jamais ils n'avaient été précédés d'une période toxi-infectieuse bruyante et évidente. Huit sur dix des jeunes hommes présentant ces symptômes étaient des chastes qui ignoraient toute relation sexuelle avec le sexe opposé.

Le premier de ces malades qui, en 1927, avait attiré notre attention sur ce signe du miroir, était un jeune étudiant de 21 ans qui ne pouvait travailler qu'avec une glace à côté de lui: « C'est, disait-il, pour me tenir compagnie ». Dans les trains il s'enfermait dans la toilette pour se contempler dans la glace. Il ne pouvait pas entrer dans un salon sans se précipiter vers la première glace qui s'offrait à sa vue. Il restait des heures entières dans sa salle de bains à se frotter énergiquement les joues devant son miroir : « C'est, disait-il, pour me donner des couleurs comme les femmes. » Il ne tarda pas à nous avouer des tendances homo-sexuelles manifestes qu'il refoulait depuis la puberté. Nous avons eu l'occasion de le revoir récemment après l'avoir perdu de vue pendant deux ans. Le signe du miroir a presque complètement disparu chez lui, mais il a dû abandonner tout travail intellectuel ; il est devenu inerte, hostile à l'égard de sa famille, parfois impulsif, et son entourage envisage un internement prochain.

Trois familles, dont les enfants ont sombré dans la démence précoce typique, nous signalèrent qu'au début de la psychose ils surprirent, à plusieurs reprises, leurs fils complètement nus et se masturbant devant l'armoire à glace. Deux autres nous précisenent que leurs filles refusaient de leur adresser la parole, les repas s'effectuaient dans le mutisme et la boudoir la plus complète, elles ne retrouvaient leur gaieté et leur facilité de parler que devant la glace. Une mère attirée par le bruit insolite d'un discours bruyant et abondant, retrouva sa fille gesticulant dans son cabinet de toilette et tenant des propos amoureux à sa propre image.

Une autre signale qu'à la suite d'une scène colèreuse ressemblant beaucoup à une querelle d'amoureux, sa fille brisa rageusement la glace dans laquelle elle se contemplait.

Un père soucieux de la transformation psychique de son fils, inquiet de la bizarrerie de sa conduite, essaya mais en vain de déclencher des confidences ; il jugea prudent d'épier ses moindres gestes, et il le surprit plusieurs fois gesticulant devant la glace de sa chambre, parlant à sa propre image comme à un interlocuteur étranger, faisant les demandes et les réponses, extériorisant ses préoccupations intimes. Les malades ont bien soin de se cacher lorsqu'ils se livrent à cette contemplation ; ils ont la pudeur et comme la vague notion de l'anormalité de leur acte. Le jeune étudiant en droit, qui nous avait donné les détails les plus variés sur son habitude, niait avec énergie devant sa mère.

Comme le décrit M. A. Delmas, le sujet essaie devant son miroir toutes sortes de mimiques variées : « il se regarde de face et de profil, tantôt à droite, tantôt à gauche, il fait contracter de multiples façons les muscles de son visage, fronçant et défronçant les joues, faisant la moue avec les lèvres, les écartant pour découvrir les dents, etc... » Dans la grande majorité des cas il paraît prendre un réel plaisir à ce jeu, mais quelques fois il se met brusquement en colère.

Quand on interroge les malades au sujet de ces symptômes il est habituellement très difficile d'obtenir une

34 LE SIGNE DU MIROIR DANS LES PSYCHOSES

explication suffisante et dans presque tous les cas on a l'impression de s'adresser à un sujet réticent; il semble qu'ils aient l'impression de commettre une faute ou un acte répréhensible. Beaucoup nient effrontément même l'évidence, d'autres répondent : « Ça n'a pas d'importance », ou prévoyant une interprétation défavorable : « Vous voyez des choses qui n'existent pas » ; l'un d'eux me répondit : « Souci d'esthétique » (il ne s'était ni rasé ni lavé depuis 6 jours). Deux autres me dirent : « C'est pour me distraire et pour m'amuser. »

M. A. Delmas écrit : « Ce qui paraît vraisemblable c'est qu'ils agissent ainsi d'une façon impulsive et sous l'influence de mobiles dont ils n'ont pas une conscience claire. » Nous croyons plutôt que ces malades, surtout ceux qui sont peu touchés, dissimulent un motif qu'ils ne veulent pas dévoiler, qu'ils refoulent une préoccupation soigneusement cachée. Ils paraissent plus contrariés qu'étonnés de la question qu'on leur pose. Sur nos dix-neuf malades, quatre seulement semblaient poussés à se mirer par un sentiment d'étrangeté et par un désir de contrôle.

Sur notre demande, les familles surveillaient habilement les sujets sans être remarquées ; l'une d'elles nous dit : « On dirait, quand il se regarde, qu'il est étonné, qu'il ne se reconnaît pas ; il lui arrive de s'éloigner puis de revenir brusquement sur ses pas, comme s'il avait oublié d'examiner quelque chose sur son visage. » Une jeune malade nous fit un jour, après de nombreuses questions infructueuses, cette réponse bizarre : « C'est pour me retrouver. »

Les conclusions de notre article seront les suivantes :

Le signe du miroir est un symptôme commun à plusieurs psychoses, mais c'est dans la démence précoce qu'il paraît avoir le plus de fréquence et la plus grande valeur sémiologique.

Dans les mélancolies d'involution, dans certains délires hypocondriaques, il est essentiellement épisodique, il constitue la réaction de contrôle des troubles cénotopathiques, il déclanche de violentes réactions affec-

tives à forme anxieuse avec gestes d'horreur et de répulsion.

On le rencontre aussi chez certains psychasthéniques et obsédés, qui essayent d'interpréter leurs malaises psychiques ou de dominer leur phobie.

Dans la démence précoce, il constitue un véritable signal d'alarme. Il apparaît, en effet, au début de la période prodromique, alors que le désordre intellectuel est encore peu évident. Il disparaît habituellement à la période d'état, ou, dans quelques cas relativement rares, se transforme en stéréotypie. On le rencontre surtout dans les formes d'hébéphrénie correspondant au type schizophrénique de Bleuler avec autisme. Il paraît plus fréquent dans le sexe masculin.

L'interprétation du mécanisme psychologique de ce symptôme est difficile en raison de la réticence des sujets. Nous croyons pouvoir l'expliquer sous trois modes différents:

Tout d'abord et nous semble-t-il assez rarement (4 sur 30 dans nos observations) on peut supposer que certains sentiments d'inquiétude et de transformation de la personnalité, signalés au début de la démence précoce, poussent ces malades à contrôler leur visage et l'expression de leur physionomie.

Ensuite nous savons que la forme clinique spéciale de la maladie que l'on rencontre chez ces sujets est à base d'autisme. Cet autisme entretient chez l'intéressé un besoin permanent de soliloquie. Il trouve dans sa propre image un interlocuteur docile et muet qui favorise son évasion imaginative. Ce soliloque peut être purement mimique, sans appoint verbal; il expliquerait assez bien les gesticulations, les grimaces et les éclats de rire.

Enfin nous croyons, et c'est peut-être là l'explication la plus importante, que ces malades sont sous la domination de troubles spéciaux de la sphère sexuelle. Nous connaissons tous les délits d'ordre génésique fréquents au début de la démence précoce, nous voyons dans nos services ces sujets se livrer fréquemment à une masturbation effrénée et souvent à des tentatives

homo-sexuelles sur leurs voisins de dortoir. Nous remarquons que leur maniérisme a souvent une allure de parade sexuelle. Ils sont soumis à des bouffées érotiques manifestes (peut-être liés à des troubles importants des glandes endocrines). Nous avons constaté au cours de nos recherches le phénomène du maquillage associé fréquemment au besoin de se mirer.

Ces malades sont habituellement des Narcisses qui évoluent vers des tendances homo-sexuelles.

Ce Narcissisme et ces tendances peuvent être constitutionnelles, plus fréquemment elles sont acquises et apparaissent à la faveur d'un bouleversement endocrinien lié à une cause toxique.

L'INFLUENCE DU TRAUMA PSYCHIQUE AU COURS DE LA GROSSESSE SUR LE FŒTUS ET SUR L'APPARENCE FUTURE DE L'ENFANT

Par le Dr P.-D. DAVYDOFF

(Faganrog, Russie)

Il y a quatre ans, à la Clinique infantile de la ville de Faschkent (Asie Moyenne), M. l'assistant Herschenovitch montrait un enfant, âgé d'un an environ, qui avait le dos couvert d'un épais poil de couleur roussâtre ; la peau du dos ressemblait à celle d'un veau. D'après la mère, l'enfant était né ainsi.

D'après l'enquête, la mère, au cours de sa grossesse, était en train de traire une vache quand un veau la frappa au ventre. Elle fut persuadée que, par suite de ce choc, « l'enfant » serait mort ou naîtrait mutilé ; elle consulta un médecin ; ce dernier la rassura et lui expliqua que l'enfant était vivant. Quant aux lésions possibles, il ne pouvait pas encore se prononcer. Dans les derniers mois de sa grossesse, la mère s'agitait continuellement, disant que le veau avait dû heurter la colonne vertébrale de « l'enfant » et que celui-ci resterait bossu. Peut-être la colonne vertébrale resterait-elle intacte, mais à l'endroit du choc (elle était profondément convaincue que le choc avait eu lieu précisément sur le dos de l'enfant) quelque plaie ou quelque tuméfaction se formerait. Elle ne pouvait supporter la vue des veaux, non seulement des siens, mais de ceux des autres. Elle attendait l'accouchement avec anxiété et lorsqu'il eut lieu sa première pensée fut de regarder le dos du nouveau-né. Elle s'aperçut avec horreur que

l'enfant avait sur le dos la peau couverte de poil,
« juste comme le poil de notre veau ».

Le deuxième cas que j'ai eu l'occasion d'observer il y a deux ans est le suivant :

La citoyenne N. se marie et au bout de trois mois devient enceinte ; au troisième mois de sa grossesse, un jeune homme de sa connaissance l'embrasse de force sur la partie droite du cou ; ce baiser a laissé des traces. Craignant fort que son mari ne s'en aperçût, elle se bande le cou, déclarant au mari qu'elle a mal à la gorge. Elle porta ce bandeau pendant près de 10 jours, après quoi elle l'ôta, car il n'y avait plus de traces sur le cou ; mais l'idée que le mari s'en apercevrait et viendrait à connaître le fait l'obsédait toujours. Cette personne était très impressionnable, très nerveuse ; au cours de toute la période de sa grossesse, elle ressentait comme une brûlure à l'endroit du baiser. Au dernier mois de sa grossesse, elle me consulta et me posa la question suivante : « Dites-moi, monsieur le médecin, ne peut-il arriver que l'enfant garde une tache sur son cou à l'endroit où, malgré moi, j'ai reçu le baiser ? » Je m'exprimai de la rassurer, mais malgré tous mes efforts elle semblait ne pas me croire. Après l'accouchement, elle m'apporta l'enfant et me dit que c'était en vain que je l'avais rassurée, puisque l'enfant était né ayant sur la partie droite du cou une tache identique à celle qu'elle avait eue à l'endroit du baiser. Elle m'a montré l'enfant et je me suis assuré de la vérité de ses paroles.

Troisième cas d'un autre genre : une jeune femme, au quatrième mois de sa grossesse, se trouvait dans le champ où elle travaillait. Brusquement survint un orage avec forts coups de tonnerre. D'après le récit de son mari, le tonnerre l'effraya beaucoup et elle le pria de la cacher quelque part, car elle craignait, non pour elle-même, mais pour son futur enfant, qui pourrait naître « idiot ». Après un formidable coup de tonnerre, elle perdit connaissance, eut des convulsions et des attaques nerveuses. L'orage passa bientôt et elle se calma en apparence ; mais elle avoua après que la question des conséquences futures pour son enfant la tourmentait toujours. Son mari aussi bien qu'elle-même étaient sains

tous les deux et jamais ils n'avaient eu, ni l'un ni l'autre, d'attaques nerveuses.

L'enfant naquit à terme ; il pesait 4 kilogrammes et jusqu'à l'âge d'un an et demi se développait régulièrement. Un soir, un orage éclata avec coups de tonnerre et l'enfant eut pour la première fois des convulsions. Le médecin qui le soignait diagnostiqua l'épilepsie. De pareilles attaques se reproduisirent dans la suite, non seulement pendant les orages avec coups de tonnerre, mais en dehors d'eux, attaques provoquées par le bruit, des cris, et se renouvelant plusieurs fois par jour. De plus, l'enfant commença à maigrir, à devenir stupide ; son développement mental s'arrêta et au bout d'un an il ne pouvait plus comprendre, ni reconnaître ses parents, avait l'aspect d'un idiot. Malgré des examens répétés, ni dans son sang, ni dans celui de ses parents, rien n'a été découvert ; le traitement antisyphilitique n'a produit aucun effet. Maintenant l'enfant a trois ans et demi.

Le quatrième cas observé de moi est celui d'un enfant de deux ans dont la face est couverte de poil ressemblant à du poil de chien ; son visage est hideux et rappelle le museau d'un chien. D'après les renseignements donnés par la mère, au cours de sa grossesse (au quatrième mois), elle fut attaquée par un chien qui lui mordit la fesse et la hanche. Après cet épisode, la mère s'inquiétait perpétuellement, craignant une répercussion sur son enfant futur ; le chien était toujours devant ses yeux et elle le voyait même dans ses rêves ; de fait, l'enfant naquit, selon l'expression de la mère, avec « le museau d'un chien ».

Je connais encore un cas, dont je puis attester l'authenticité, celui d'une jeune femme devenue enceinte peu de temps après son mariage. Elle rêvait toujours que son enfant ressemblait, non pas à son père, mais à un autre homme, X., mort depuis longtemps, et qu'elle avait aimé. Sa photographie était toujours suspendue au-dessus de son lit et en la regardant elle se le représentait vivant, même pendant les rapports avec son mari. En réalité, l'enfant naquit, comme dit la mère, « M. X. tout craché » ; avec le temps la ressemblance devint frappante.

Une personne méritant toute ma confiance m'a communiqué le cas suivant : une jeune femme enceinte (au 4^e-6^e mois) contemplait une nuit d'été l'éclipse de la lune. Son mari s'approcha d'elle par derrière et, à l'improviste, pour plaisanter, lui ferma brusquement les yeux, ce qui l'effraya beaucoup ; elle poussa de grands cris. Depuis elle ne cessait de penser à cet incident et à l'éclipse de lune. Quand l'enfant vint au monde, il avait autour de ses yeux et sur son front des taches et des raies pigmentées ayant la forme de la lune éclipsée.

Il me serait impossible de citer tous les cas de ce genre connus de moi, mais en résumant tout ce que je viens de dire, je tiens à noter que la cause de tous ces phénomènes doit probablement se trouver dans l'effet du trauma psychique transmis par la mère au fœtus, ce qui nous amène à rappeler qu'il est important de garantir le calme et de protéger le système neuro-psychique de la femme enceinte.

SORCIERS D'AUTREFOIS POSSÉDÉS D'AUJOURD'HUI

Par le Dr W. BOVEN

Quelques cas récents de « possession », venus à ma connaissance, m'ont fourni matière à réflexion. Je consigne ici, de manière sèche et succincte, les réponses que je propose aux questions que je me posais.

Un sorcier, *sortiarius*, est un individu qui jette un sort. Un mauvais sort, car tout ce qui touche au sorcier est odieux par définition et maléfique. C'est qu'il passe pour être le ministre complaisant du Diable, toujours au service des passions qui déshonorent : l'ambition sans scrupules, l'amour sans frein, la cupidité, la haine.

Notre esprit qui est borné comme notre expérience, ne conçoit que deux dimensions en morale : le bien et le mal. Ces deux principes divinisés se sont partagé de tout temps, à nos yeux, l'empire de l'univers. Les vieilles conceptions iraniennes, qui opposaient, d'égal à égal, Ormuzd et Ahriman, semblent avoir primé, dans l'imagination du moyen-âge, le dogme chrétien qui subordonne et même assujettit le Diable à Dieu. En fait, deux échelles montaient alors de la Terre au Ciel. Vous y auriez compté même nombre de degrés et même intervalle d'un degré à l'autre : 1^{er} degré : ici, l'homme de bien ; là, le méchant ; — 2^e degré : ici, le ministre de Dieu, le prêtre ; là, le sorcier, ministre de Satan ; — 3^e degré : ici, les anges ;

là, d'autres anges, les anges déchus, les démons ; — 4^e degré : la Trinité, Dieu, le Fils et le Saint-Esprit, et symétrique, si j'ose dire, Satan, Belzébuth et l'Esprit du Mal. Le monde répétait bien que Dieu domine Satan, mais il l'admettait sans le croire. D'ailleurs, l'existence d'un enfer, où « damnés sont boullus », aux siècles des siècles, où les diables prospèrent en les tourmentant, implique la croyance à l'éternité du mal, de son principe et de ses suppôts. Appelez hérétiques, manichéens, ceux qui s'entêtent à croire à deux dieux égaux, de signe contraire, il n'en est pas moins vrai que le peuple, au moyen-âge, était demeuré manichéen dans l'âme, sinon en théorie.

Le sorcier, cependant, s'est voué au Diable, après une initiation furtive : désormais, il tient en son pouvoir la vie des êtres et jusqu'aux forces de la nature. Il fait mourir gens et bêtes ; il anéantit les récoltes ; il prodigue insidieusement la grêle et l'incendie. Il « livre », selon l'expression consacrée par les plus vieilles stèles de l'Histoire, il livre l'homme à qui veut le perdre, la femme à qui veut la posséder. On sait que le sorcier pratiquait l'empoisonnement, l'envoûtement, l'onction, la ligature. Il ne tue pas toujours l'homme entier, il le déprécie. Hommes impuissants, femmes infécondes, vous êtes ses victimes incontestées ! Le sorcier est invisible à son gré, c'est-à-dire partout et nulle part. C'est une peste insaisissable et fatale : elle couve dans l'air du temps, elle peut éclater, s'étendre et brusquement disparaître. On est sans défense contre l'artisan du Démon qui l'essaime... A moins qu'on ne l'attrape ! Quoi ? La peste ? Non, le sorcier... Ah alors ! Ah la la !

1^{re} question : Comment pouvait-on croire à toutes ces diableries ?

Comment ? Mais c'était alors l'explication la plus naturelle.

On ne savait rien, ou presque rien, des causes qui

déterminent la mort et les maladies. Sans prétendre, comme le font nos primitifs (Africains, Australiens, etc.), que jamais la mort ni la maladie ne sont naturelles, mais qu'elles sont toujours l'œuvre d'un esprit, nos ancêtres soupçonnaient le maléfice dans tous les cas où ces accidents leur semblaient étranges par quelque chose d'inattendu, d'exceptionnel ou d'indéterminé. Un enfant qui végète sans qu'on sache pourquoi, un homme qui meurt en pleine santé, un troupeau décimé par l'épidémie, une passion qu'on ne s'explique guère, tout cela paraissait suspect. « Il y a du diable là-dessous. » Les médecins n'étaient pas les derniers à le dire ! Que savait-on de la peste, de la lèpre, de la variole, de la fièvre aphteuse ? Que ce sont des miasmes ? Encore fallait-il savoir qui les répandait.

Vous vous souvenez des « untori » dans la peste de Milan, décrite par Manzoni. Le peuple accusait volontiers les sorciers et les Juifs d'empoisonner les fontaines. On les brûlait... Tels furent les débuts de la désinfection.

Car enfin, « il doit y avoir » une cause à ces fléaux ; et « ils doivent avoir » un remède. Si l'on peut en rapporter l'origine à la colère de Dieu, justement ému de quelque vilenie, les processions et les prières apaiseront le courroux divin ; mais si, cherchant bien, cette interprétation n'est pas de mise, il n'y a plus à douter de l'intervention diabolique. C'est la conclusion toujours prête, en cas de besoin.

Quand un homme est éveillé la nuit par un bruit insolite, dans sa maison, il croit de prime abord aux voleurs ; l'angoisse le saisit jusqu'à l'instant où la cause du bruit se découvre. De même, jadis : l'angoisse naissait de tout incident insolite : à défaut d'explication qui rassure, l'induction de sorcellerie s'offrait. Ce n'est ni Dieu, ni le Juif, c'est le Diable ! C'est ainsi qu'éclatait la panique, dans une société craintive et mal informée, comme dans certains pays, durant la grande

guerre, couvait la hantise de l'accapareur, du traître et de l'espion.

Et notez que l'esprit médiéval ne répugnait pas à admettre qu'une sorcière (chauchevieille) pût voler, chevauchant sur un manche à balai, lorsqu'à la même époque, personne ne doutait que des hommes de Dieu, prêtres ou laïs, ne pussent s'élever, d'un essor d'extase, très haut dans les airs (Pierre d'Alcantara, etc.), siéger à deux endroits à la fois (saint Martin de Tours), traverser les fleuves à pied sec (sainte Hyacinthe), ressusciter les morts. C'est à cette époque privilégiée, que la foule « voit » des comètes en forme de glaive ou de monstres.

En un mot, on croyait à toutes ces diableries, parce qu'elles fournissaient une explication... et un remède.

2^e question : Comment s'expliquer la férocité des mesures prises contre les sorciers ?

Ce que je viens de dire ne justifie pas encore la cruauté du traitement infligé aux individus convaincus de sorcellerie.

Il convient de faire des distinctions : les sorciers, ou les misérables réputés tels, n'ont pas été traités partout avec la même rigueur. Dans la Hesse, à Berne, en Lorraine, par exemple, on fait preuve à leur égard d'humanité et de bon sens. On les relâche parfois jusqu'à rappel. Dans maint autre lieu, la procédure n'est ni affolée, ni précipitée, ni aveugle. C'est que tout dépend de l'état d'esprit de la collectivité. Ce qui suit, s'applique à la procédure en vigueur, aux jugements en honneur dans tels ou tels pays, province, ville (Allemagne du Sud, Augsbourg, Nuremberg, etc.) où l'affolement et la cruauté, son corollaire, sévissaient en mode fixe. La procédure pouvait être telle que dénonciation et condamnation s'accouplaient en règle, quels que soient les témoignages contradictoires et les assurances véhémentes, désespérées, forcenées des patients. Le soupçon est alors mortel. On frémît dans la peau des accusés, en

lisant leur lamentable histoire. Un homme savant et sage, une bonne mère succombent, dans les pires tourments, à la calomnie. Bien mieux, il se trouve des juges pour remettre des fillettes aux bons soins des tortionnaires. On brûlera à Augsbourg des fournées de chair humaine, jusqu'à des enfants de 8, 9 ou 10 ans ! Cela passe l'imagination.

Il faut un peu de temps pour se remettre de son écœurement. Accuserons-nous l'Eglise ? Non, l'Eglise, c'est l'Homme, avec ou sans mitre, avec ou sans froc. Paracelse eut grand peur du Diable et Ambroise Paré, tout autant. Non, si les juges se sont montrés si impitoyablement incrédules aux protestations de leurs victimes, si le cercle de la société s'élargissait sous une impulsion d'horreur, autour d'elles, si même les petits enfants étaient abandonnés à la mort, c'est qu'il s'ajoutait à tant d'atrocités une croyance atroce : c'est que l'on peut être sorcier sans le savoir. Cette croyance, les ethnologistes (Frazer, Lévy-Bruhl, Dürckheim, Oesterreich, Junod, Allier, etc.) l'ont retrouvée chez les peuples primitifs de l'Afrique, de l'Amérique, de l'Australie. Voici ce que Lévy-Bruhl dit de l'horreur inspirée par les sorciers à leur entourage (*La Mentalité primitive*, Alcan, Paris, 1925) (p. 276) : « La violence de ces sentiments est telle, comme on sait, qu'au moindre soupçon de sorcellerie, les liens de l'affection la plus tendre, entre amis intimes, entre époux, entre frères, entre parents et enfants se rompent tout d'un coup et totalement. Parfois, l'individu suspect sera aussitôt exterminé par ses proches, sans jugement, et même sans ordalie. » Et plus loin (p. 278) : « Mais voici ce qui épouvante peut-être le plus les indigènes. Ces sorciers contre qui il est si malaisé de se défendre, et qui sont, au témoignage de M. Junod, nombreux dans chaque tribu, qui peuvent se charger de crimes, pendant de longues années, sans être découverts, peuvent aussi s'ignorer eux-mêmes. Ils agissent alors en instruments

inconscients du principe qui habite en eux... L'idée traditionnelle, véritable, est que le sorcier ne sait pas ce qu'il fait ; il ne sait même pas qu'il est sorcier tant qu'il n'a pas été décelé comme tel : il est donc inconscient. »

Imaginez un lépreux ignorant sa lèpre, en pleine promiscuité sociale, le jour où sa dartere est publiquement, serait publiquement diagnostiquée ! Quel effroi ! Quelles imprécations contre l'impudent qui « connaîtait certainement » ou qui « aurait dû connaître » sa malignité abjecte ! Mais qu'est-ce que la lèpre en comparaison des épouvantements de la sorcellerie ? Ses suppôts, en dépit de leur apparence d'innocence, sont en abomination à l'Eternel ; ils doivent être retranchés du milieu de son peuple ; la société les vomit. Il n'y a pas de larmes sur de tels deuils !

L'état d'esprit, dans une collectivité de ce genre, peut être caractérisé d'un mot : névrose d'angoisse. C'est une panique, une névrose grégaire qui souffle en tempête sur le troupeau des hommes et qui l'éparpille. On remarquait que plus on brûlait de sorciers et de sorcières, plus il en surgissait de toute part. C'est que plus la peur s'accroît, plus les soupçons s'exaltent, plus les révélations se multiplient. On me dira que l'Eglise exorcisait les victimes involontaires des démons, les possédés d'autrefois, et qu'elle réservait ses rigueurs aux agents actifs des maléfices. Sans doute, il est certain que les possédés jouissaient de la pitié et de l'assistance, souvent héroïque, des prêtres (Oesterreich, Freud, etc.). Mais ces possédés présentaient des signes de leur ensorcellement : frénésie blasphématoire, etc... Le sorcier malgré lui, qu'une accusation « démasquait » contre toute apparence, ne se recommandait par aucun trouble à l'intérêt de l'exorciste ou du médecin. Bien mieux, il niait toute inféodation diabolique. Il n'était plus assimilable, de ce fait, à la victime qui requiert aide et secours contre une agression, contre une intrusion surnaturelle. L'apologie était vaine : *insistere diabolicum.*

C'est cette croyance à l'inféodation diabolique inconsciente qui a pu inspirer si souvent l'impitoyable répression judiciaire des délits de sorcellerie. C'est elle qui rend compte, mieux que toute autre, à mon sens, du bouleversement de ses âmes, pourtant chrétiennes (Nicolas Rémy, de l'Ancre, Bodin, Del Rio, etc.) qui s'avilissaient, nous semble-t-il, jusqu'à condamner au feu des chérubins.

Car il n'est plus question alors de chérubins. Le sorcier sans le savoir est, même sous l'aspect le plus atterrissant, une créature du diable, une incarnation satanique. Et les séductions les plus touchantes et les plus fascinantes, celles de la faiblesse et de la grâce, n'en sont désormais que plus fallacieuses. Le danger était d'autant plus redoutable qu'il était plus perfidement travesti. On pouvait frémir à la pensée d'avoir couvé de pareilles vipères !

Freud a émis l'idée que l'intolérance de jadis à l'égard des crimes contre Dieu et la religion, était moins inspirée par une cruauté naturelle à l'homme du temps que par la véhémence des sentiments religieux et l'étroitesse des liens mystiques qui faisaient de l'Eglise un seul Corps en Jésus-Christ. Peut-être. Mais j'incriminerai tout de même moins la Haine que la Peur.

3^e question : Mais comment s'expliquer les aveux des sorciers eux-mêmes ?

Il est certain que nombre d'accusés avouaient, dans les tourments, des délits imaginaires. Ces aveux entretenaient, en la renforçant, la croyance aux pratiques des zélateurs du Maudit. Mais s'ils étaient innocents, pourquoi se contredire ?

Il faut admettre, à la lecture d'un certain nombre de dossiers (voir Schrader), que le délit de sorcellerie n'était pas toujours irréel. La croyance au Diable implique la foi aux succès qu'il procure à ses fanatiques, et il s'en trouvait pour lui bailler leur âme. On soutiendrait malaisément le contraire. Mais cette restriction

faite, large même, il reste encore un grand nombre d'innocents dont plusieurs firent en plein « travail » du bourreau des aveux éphémères. Encore une fois, est-ce que ce fait élargit le problème ? en recule la solution ? Rien ne me porte à le croire. Il faut se souvenir en effet que, souvent, on promettait la vie sauve aux accusés. Tantôt la promesse était formelle, moyennant aveu du patient, tantôt elle ne comportait qu'un adoucissement à la peine de mort : substitution du glaive au feu. Schrader rapporte que les juges usaient parfois de cet artifice, en éludant les obligations. Le juge, qui s'était prêté par serment à ces mesures de clémence, se récusait en cours de procès, et son successeur ou son substitut condamnait, à sa place, au feu, tout de même. Et puis il faut tenir compte de l'effroyable usure des forces morales, par la question, par l'emprisonnement qui se prolongent : une même « sorcière » est remise plus de trente fois à la question, dans une certaine ville de l'Allemagne du Sud, pour vaincre l'opiniâtreté de l'innocence. Est-ce que la mort n'est pas une délivrance ? Enfin, et une fois de plus, on peut être sorcier sans le savoir... et puis le Diable rend les sorciers insensibles... il leur prête de fausses larmes..., etc. Sous les témoignages qui l'accablent de toutes parts, l'accusé peut parfaitement douter de lui-même. Il peut, après tout, en venir à croire ce que croit tout le monde : à sa propre diablerie. Nombre d'entre eux sont des esprits simples, des âmes frustes ou racornies, vieillards, commères, rustres, que quelque particularité dénonce à la curiosité maligne, pauvre sordide, veuve assombrie, et tous les autres, ceux qui n'ont rien à faire et ceux dont « on voudrait tant savoir » ce qu'ils font.

L'ordalie, en tant que « jugement de Dieu » (telle n'est pas la conception de nos tribus primitives modernes), sauvageardait parfois les inculpés sortis indemnes de l'épreuve. Mais, si j'en juge d'après mes lectures, cette procédure n'était que rarement admise et appliquée.

Des aveux ? C'était l'espérance qui les dictait, la suggestion, la lassitude.

**

Laissons ici sorciers et sorcières d'antan. Parlons de leurs prétendues victimes d'autrefois et d'aujourd'hui.

Vouserez dans Oesterreich cent récits de possession, sous toutes les latitudes. Habituellement, dans nos sociétés européennes, il s'agissait d'hommes ou de femmes, soudainement ou progressivement exaltés. On gesticule en force, on se roule à terre, on vocifère obscénités et blasphèmes. Gestes lubriques, propos orduriers, sacrements épouvantables, visions d'horreur ou de luxure, chez des nonnes cloîtrées, chez des solitaires, chez des exorcistes (Surin), ces excès semaient par l'exemple une contagion redoutable dans des communautés souvent vouées aux pratiques pieuses... Inutile de redire ici l'histoire d'Urbain Grandier, du diacre Paris, du curé de Bonbon... Des innocents à qui l'on ne manquait pas d'imputer tout le mal payaient de leur vie une faute irréelle.

Je viens d'observer un cas de ce genre : le voici en peu de mots :

Une femme, encore jeune, honorablement mariée, fait la connaissance, en tout bien et tout honneur, d'un monsieur savant et distingué. Mme X. a le goût de l'idéal. Elle vise à cette sorte de distinction qui parle grec et philosophie. Son mari, homme pratique et avisé, ignore l'un et l'autre. Après chaque entretien avec celui qu'elle nomme son Idéal, Mme X. mesure plus tristement combien son mari s'en éloigne. Et elle s'éloigne de la médiocrité de son mari, à son tour. Peu à peu l'amour la gagne : elle se sent portée vers un destin qui l'exalte. Larousse lui fournira les termes dont on rehausse une pensée plate : les mots scientifiques, les termes venus du grec... Elle s'en sert avec ostentation, sans les comprendre. Cependant, l'Idéal révèle sa présence invis-

ble... Il dirige sa pensée, la stimule... Elle entend sa voix (1). Un jour, une sensation bizarre lui monte au corps. C'est une transe solennelle, redoutable, exquise. Les nerfs se tendent, vibrent... c'est indicible ! Bref, les choses en viennent au point qu'il faut bien qu'on s'explique.

L'inducteur involontaire de ce délire naissant, mis en présence du couple X., expose avec une clarté parfaite à l'intéressée ce qu'il est advenu d'elle... Il l'assure de sa courtoise indifférence... et l'engage à la raison. Dès lors, le délire change de signe... l'Idéal n'est pas l'homme qu'elle croyait. Il y a en lui de l'ange et du bandit ; c'est un personnage double, diurne et nocturne, qui tient à la fois de Jésus-Christ, de Raspoutine et de Landru. Et la persécution commence : l'Idéal se travestit, se maquille. Tantôt il prend la forme d'un coquin ricanant, tantôt d'un vieillard. On le voit cingler en avion, du haut des airs. Elle n'ose plus sortir. Mais alors la voix fatale l'invective. C'est un dégoisement d'ordures, un vocabulaire d'obscénités inconnues, avec des injonctions et des appels à la luxure. Elle se sent possédée de la tête aux pieds... « Il » la guide, la meut ; il retient sa main qui salue, il entrave ses pas ou les précipite. La nuit, des détonations retentissent tout autour d'elle : le fluide l'imprègne... il lui tient des discours corrupteurs, avec des imprécations et des menaces. Elle sera brûlée vive, son mari assassiné. Des serpents se glissent dans son lit. Tout craque. On sent la poudre et la fumée à plein nez. La mort va venir.

Tenons-nous en là.

Incontestablement, le délire de possession est devenu rare, de nos jours. C'est qu'il ne se développe plus que dans des esprits fêlés. Je crois qu'il n'en était pas de même, jadis. La croyance universelle au Diable alimen-

(1) Qui lui dicte parfois subitement des vers libres, d'épaisse venue.

tait alors toute espèce d'angoisse, même chez des individus normaux. C'est pourquoi je tiens pour excessive la sévérité des diagnostics portés *à priori* sur le cas de tout possédé d'antan. Non, ils n'étaient pas nécessairement hystériques, déséquilibrés ou fous, ceux que la peur des démons affolait. Mais de nos jours où cette hantise ne sévit plus que dans des recoins ignares, l'angoisse a perdu presque partout l'un de ses pires stimulants. Je ne fais allusion d'ailleurs qu'à l'élite des nations de l'Europe. Seulement, l'idée du "Diable, et l'horreur qui en naît, se ravive parfois encore au fond des âmes primitives ou tourmentées. Elle y demeure en germe. Elle y perce en allusions plus ou moins voilées. Mais d'autres interprétations s'offrent au malade qui cherche à s'expliquer. On l'a dit et redit : ce sont des ondes et des rayons que nous vient aujourd'hui tout le mal. Notre siècle est, en pathologie mentale, le siècle de l'actinopathie. Le possédé se plaint d'être une cible pour toutes les émissions de tous les appareils, téléphone, télégraphe, gramophone, que la science invente et pressent. Le diable est physicien.

Ce qu'on trouve en général à la base de ces délires de possession ? Aujourd'hui comme autrefois, ce sont les remords et la concupiscence. Elans d'érotisme, tourments de culpabilité. Dans les deux cas, tout au fond, la peur : peur de mal faire, peur d'avoir mal fait, crainte du châtiment. C'est un compromis de vice et de vertu. La crainte, qui est le commencement de la sagesse, est aussi le commencement de la déraison.

Aujourd'hui donc, où ces sortes de délires ne se développent plus guère que dans des terrains dénaturés, on compte, parmi les possédés, des imbéciles, des hystériques, des épileptiques, des paranoïaques, des schizophrènes, même des paralytiques généraux. L'obsession et la phobie, la simple névrose d'angoisse ne fournissent plus, comme au temps d'Ambroise Paré, leur contingent de « démoniaques ». Et cela est dû à la

52 SORCIERS D'AUTREFOIS ; POSSÉDÉS D'AUJOURD'HUI

diffusion des lumières, à l'œuvre de la science, à l'effort des médecins.

On sait maintenant que notre âme est une sorte de féodalité de tendances, hiérarchisées par l'expérience et le temps. La Raison en est la fonction suzeraine. C'est un pouvoir, assuré de disponibilités de force, qui règle la synthèse et l'harmonie des réactions de l'être, en vue de son adaptation continue aux conditions de la vie. Mais qui dit suzerain dit vassaux et qui dit vassaux dit révoltés. Il en est de turbulents, parmi les grands officiers de la Couronne ! Il leur arrive d'usurper le pouvoir et d'enfermer la Raison, ne serait-ce qu'un instant, à Péronne.

Voilà le Diable !

Documents Cliniques

PERVERSIONS CONSÉCUTIVES A UNE DIPHTÉRIE GRAVE

Par G. DEMAY et A. SIZARET

Si l'encéphalite épidémique joue un rôle de premier plan dans l'étiologie des perversions instinctives acquises, elle n'est pas la seule affection qui puisse être mise en cause. On a signalé depuis longtemps l'influence d'une atteinte cérébrale antérieure, soit traumatique, soit toxique. Dans l'observation qui suit, on trouve à l'origine des perversions une étiologie quelque peu différente, puisqu'il s'agit d'une maladie infectieuse banale, la diphtérie.

Louise B... est née à terme et s'est développée normalement jusqu'à l'âge de 13 ans : elle pèse alors 48 kilos. A cette époque, elle est atteinte de diphtérie, suivie de croup, puis de paralysie des membres inférieurs, qui persiste pendant un mois.

A partir de ce moment, sa croissance s'arrête. Non seulement elle cesse de grandir, mais elle devient chétive. La menstruation ne s'établit pas et cette aménorrhée reste définitive.

Parallèlement à l'arrêt de développement physique se manifestent des troubles du comportement. A la

54 PERVERSIONS CONSÉCUTIVES A UNE DIPHTÉRIE GRAVE

pension où elle fait ses études, alors qu'elle était autrefois douce et obéissante, elle cesse de travailler et oppose à toutes les remontrances une inertie incoercible. Retirée de pension à 14 ans (un an après l'atteinte de diphtérie), elle revient chez sa mère, qui tient un commerce d'épicerie. Son caractère s'est modifié ; elle veut dominer tout le monde, se met en colère pour des motifs futiles, se montre jalouse de sa sœur, qu'elle brutalise. Quand on refuse de lui céder, elle fait des menaces de suicide, se frappe les coudes contre les murs et les jambes contre les barreaux des chaises. Son humeur est toujours sombre, elle ne rit jamais, ne chante pas, comme les fillettes de son âge. Elle manifeste des idées ambitieuses, est mécontente de son sort, demande à être mieux habillée, à aller dans le monde. Elle est très coquette, se prive de nourriture pour ne pas grossir, cesse de manger du pain, se met à boire du vinaigre. Elle devient d'une maigreur squelettique : à 18 ans, elle ne pèse que 19 kilos.

Dès son retour de pension, c'est-à-dire à l'âge de 14 ans, on s'aperçoit de ses tendances au vol. Elle prend dans le magasin de ses parents des friandises, de l'argent. Sa mère est obligée de fermer tous les meubles à clef. Elle trouve le moyen de les ouvrir, elle force la serrure ou dérobe les clefs. La nuit, elle se lève pour fouiller partout.

Elle vole également au dehors, chez les commerçants où on l'envoie faire des commissions. Ceux-ci, connaissant la situation, ne portent pas plainte. Sa mère en arrive à ne plus la laisser sortir seule. Même accompagnée, elle arrive à commettre des larcins, tellement elle opère avec rapidité.

Quand ses parents sont occupés à servir des clients, elle s'empare des bouteilles de rhum, de cognac, de kirsch, de liqueurs, qu'elle cache dans divers endroits. Elle prend aussi du vin blanc, du vinaigre, du café, du thé. Parfois, elle laisse la bouteille en place et remplace

PERVERSIONS CONSÉCUTIVES A UNE DIPHTÉRIE GRAVE 55

par de l'eau le liquide qu'elle a pris. Elle boit en cachette, alors qu'aux repas elle refuse du vin et se contente d'un demi-verre de cidre. Quand on découvre les bouteilles disparues, elle se met dans de violentes colères et s'écrie : « C'est à moi, c'est à moi ! »

Divers essais de traitement ne donnent pas de résultat. Elle est placée, à deux reprises différentes, à 16 et à 18 ans, dans des Maisons de Santé, pendant quelques mois, paraît s'améliorer, mais, de retour chez ses parents, reprend ses habitudes antérieures.

Placée chez des couturières, elle travaille irrégulièrement, de façon capricieuse, acceptant docilement les observations, mais n'en faisant qu'à sa tête. Pendant un certain temps, elle refuse de s'asseoir, elle coud debout, mange debout, ce qui provoque de l'œdème des jambes.

C'est à la suite du vol d'un porte-monnaie, commis à Paris, où elle avait trouvé du travail, qu'elle fut envoyée à l'Infirmerie spéciale, puis à Villejuif et à Clermont, où nous l'avons examinée. Elle est alors âgée de 33 ans, maigre, chétive. Le facies est pâle, avec un aspect vieillot, les conjonctives décolorées. Le taux de l'hémoglobine est de 80 pour 100. Il existe une édentation presque complète : seules persistent les incisives inférieures. On constate quelques ganglions sus-claviculaires. Pas de lésions pulmonaires. Poils pubiens et axillaires, mais aucun développement des seins. Aménorrhée. La paralysie diptérique des membres inférieurs a laissé comme séquelle une abolition des réflexes rotulien.

Louise B... se montre très réticente, avoue seulement le vol d'une grappe de raisin, ce qui serait, d'après elle, le motif de son internement, se défend d'avoir l'habitude du vol : elle a commis tout au plus, autrefois, un ou deux larcins ; elle proteste quand on l'accuse de mensonge. Son attitude, qui ne se modifiera

56 PERVERSIONS CONSÉCUTIVES A UNE DIPHTÉRIE GRAVE

pas à l'asile, est doucereuse, réservée. Elle reconnaît toutefois qu'elle a un caractère coléreux et difficile.

Pendant les deux premiers mois, elle se conduit correctement, mais s'alimente parfois de façon irrégulière. Il lui arrive aussi de se lever la nuit, sous prétexte qu'elle ne peut dormir. Bientôt, on constate qu'elle dérobe aux autres malades et au personnel diverses provisions : sucre, chocolat, fromage, confitures, café. Il s'agit presque toujours de comestibles ; une seule fois elle s'est emparée de bas et d'argent. Elle n'avoue que lorsqu'on trouve entre ses mains les objets dérobés. Même prise sur le fait, il lui arrive de nier. Réprimandée, elle proteste de son innocence ou promet de ne plus recommencer, mais, bien entendu, sans modifier en rien ses agissements, qui ont persisté pendant toute la durée de l'internement. De même, elle a continué à faire fréquemment des difficultés pour s'alimenter : si elle n'est pas spécialement surveillée, elle fait glisser le contenu de son assiette dans celui de sa voisine, ce qui ne l'empêche pas, au même repas, de boire le bouillon destiné à un autre malade. Après un an de séjour à l'asile, elle a été retirée par sa mère et perdue de vue.

A propos de cette observation se pose, comme pour les cas de perversions post-encéphalitiques, la question de la prédisposition. Elle n'est pas douteuse. Le père de la malade, en effet, était alcoolique, et est mort d'une cirrhose du foie ; sa mère a eu des convulsions dans l'enfance. Or, chez des prédisposés, on peut voir, à la puberté, comme chez Louise B..., se manifester et persister des anomalies analogues à celles que nous avons constatées chez notre malade : troubles du caractère, déséquilibre mental, perversions.

Ne pourrait-on dire que la diphtérie n'a été ici qu'un accident, sans influence réelle, et qu'il n'existe aucune relation de cause à effet entre cette maladie et les trou-

PERVERSIONS CONSÉCUTIVES A UNE DIPHTÉRIE GRAVE 57

bles psychiques, ceux-ci pouvant s'expliquer par l'action combinée de la prédisposition et de la puberté ? Nous ne le croyons pas. L'entourage de la malade a été frappé de la transformation qui s'est produite après l'atteinte de diphtérie. Il ne faut pas oublier que cette diphtérie a été particulièrement grave, puisqu'elle s'est accompagnée de paralysie des membres inférieurs, complication rare depuis l'emploi du sérum.

Après sa maladie, l'enfant, qui, jusqu'alors, était vigoureuse, a cessé de grandir, est devenue chétive, et cet arrêt de développement apparaît bien comme la conséquence de la maladie infectieuse. Dès lors, il est légitime d'admettre que les troubles mentaux, survenus en même temps que les troubles physiques, relèvent de la même étiologie. Nous concluons donc qu'une maladie infectieuse comme la diphtérie peut provoquer chez un prédisposé un déséquilibre mental définitif, et en particulier des perversions, conclusion qui ne peut surprendre les médecins, chaque jour plus nombreux, qui sont convaincus de l'importance des troubles organiques en pathologie mentale.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 DÉCEMBRE 1929

Présidence de M. P. JANET, président

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

M. Henri COLIN, secrétaire général. — Le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

J'ai le plaisir de vous annoncer que la 5^e Commission du Conseil municipal, sur la proposition de son président, M. Ambroise Rendu, et de notre collègue, M. Calmels, a renouvelé à notre Société l'allocation d'une subvention de 5.000 fr.

Je vous propose, au nom du Bureau, d'adresser à M. Ambroise Rendu, à M. Calmels et aux membres de la 5^e Commission, nos bien vifs remerciements (*Adopté*).

ELECTIONS

Il est procédé au renouvellement du Bureau. En remplacement de M. Capgras, qui devient de droit président de la Société pour 1930, il est procédé à l'élection d'un vice-président.

Election d'un vice-président

Nombre de votants : 20

M. le Professeur Henri Claude, 19 voix ; M. Trénel, 1 voix.

M. le Professeur Claude est élu vice-président de la Société pour l'année 1930.

Réélection du secrétaire général

Nombre de votants : 18

M. H. Colin, 17 voix ; M. René Charpentier, 1 voix.
M. H. Colin est réélu secrétaire général.

Election des secrétaires des séances

Nombre de votants : 18

M. P. Guiraud, 17 voix ; M. Minkowski, 17 voix ;
M. P. Courbon, 1 voix.

Réélection du trésorier

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

SÉANCE ORDINAIRE

MM. X. Abély, Bonhomme, Collet, Demay, Eissen, Lauzier, Sengès, Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

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

Lettre d'excuse de M. le Dr Semelaigne empêché d'assister à la séance.

Du rôle capital du milieu social dans la génèse de certaines psychoses et de l'opportunité de l'internement prophylactique.

Par M. Paul COURBON

La femme que je vais vous présenter possède toutes les conditions matérielles et morales pour vivre paisiblement en liberté, comme elle y vécut pendant 60 ans, et pourtant je ne prévois pas le jour où sa sortie de l'asile sera possible.

Depuis deux ans, elle n'a plus de troubles mentaux ; elle est foncièrement honnête, laborieuse, estimable et estimée des gens sérieux ; elle est propriétaire de deux pavillons dans la banlieue de Paris, dont l'un n'est pas loué ; elle a de petites rentes suffisantes pour ses humbles goûts, elle a un fils dévoué et travailleur qui ne demande qu'à la garder auprès de lui et qu'elle adore. Et, de tous ces avantages, elle ne peut profiter à cause de l'impossibilité du maintien de son équilibre mental dans le milieu social où elle serait obligée de vivre.

Cette femme vous la connaissez déjà. Je l'ai présentée en novembre 1927 comme un exemple de bouffée délirante émotionnelle, par inadaptabilité aux transformations du milieu social.

Agée aujourd'hui de 64 ans, elle est veuve d'un brave ouvrier qui ne fit que deux places : l'une, où il resta 20 ans, l'autre, où il resta 23 ans, et mère d'un fils de 40 ans, qui est encaisseur. Cette famille, très considérée dans le quartier de Paris où elle vivait, alla s'installer, en 1915, sur les conseils du médecin, à cause de la santé d'une fille morte aujourd'hui, dans la banlieue alors très peu peuplée de l'Est parisien. Elle se fit parmi ses nouveaux voisins de très solides amitiés qui se manifestèrent encore depuis l'internement de l'intéressée. Mais la guerre et l'après-guerre amenèrent dans cette banlieue une population interlope dont les journaux signalaient précisément les méfaits, dans des séries d'articles parus au cours du mois même où eurent lieu les incidents qui nécessitèrent l'internement. La cherté de la vie la décida, en 1927, malgré la répugnance qu'elle en avait, à louer à bail un bout de jardin à un couple en l'autorisant à y bâtir une mesure. Elle s'en repentit bientôt à cause des grossièretés, des injures, des menaces et des déprédatations dont elle était l'objet et que ses plaintes à la police furent impuissantes à faire cesser. Elle en était arrivée, avec son fils, à se barricader la nuit et à faire le guet, armés d'un revolver, à la suite des scènes violentes et des menaces de mort de leurs locataires, quand elle les avait surpris pendant le jour volant ses légumes ou son bois. Une nuit, les deux apeurés eurent une crise onirique,

croyant entendre une effraction, ils ouvrirent la fenêtre, le fils tira sur les assaillants et tous deux virent distinctement au clair de lune, une femme panser le bras du locataire en déroute. A l'aurore, ils allèrent raconter la scène tragique au Commissaire qui, après avoir convoqué le blessé, dont tous le corps était intact, envoya à l'infirmerie du dépôt les deux affolés.

Cela se passait en octobre. Le mois suivant, je présentai l'héroïne de ce drame à la Société qui constata que le délire touchait à sa fin. Mais les renseignements manquaient sur la légitimité des griefs qu'elle invoquait contre ses persécuteurs. Depuis, je les ai eus. Tous, sauf ceux de la police, confirment le bien-fondé de ses accusations et ces attestateurs sont des commerçants honorables du quartier, un conseiller municipal, ami de la famille depuis 40 ans, le maire, le juge de paix. Certains ont pris les inculpés en flagrant délit de maraude ; le juge de paix m'a dit qu'ils avaient eu maille à partir avec lui pour d'autres affaires que celle-ci ; tous ont déclaré que leur conduite était suspecte.

Actuellement, et depuis près de deux ans, cette femme a recouvré son équilibre mental, ne conservant de l'accès onirique passé que la conviction de la réalité de la scène hallucinatoire. Mais cette conviction est très fréquente dans les guérisons de ces états.

L'observation quotidienne la montre douce, laborieuse, bonne, paisible, ordonnée, comme la décrivent tous les amis qui viennent la voir. Elle n'a jamais cessé de correspondre avec son fils qui est à Chezal-Benoist, ni avec ses petits-enfants. Jamais, non plus, elle n'a cessé de réclamer sa sortie, ni de s'indigner, avec véhémence, du maintien dans son immeuble de ses maudits locataires. Elle réclame leur expulsion avec opiniâtreté, ne veut rien entendre si l'on essaie de discuter avec elle là-dessus, s'épuisant à répéter, d'une façon tête : « C'est impossible que l'honnêteté ne triomphe pas. Mon mari, mes enfants, moi, avons toujours été travailleurs, économies, polis, honnêtes, nous n'aurions pas fait de tort à personne pour un centime. Ces gens sont des ivrognes, des insolents, des paresseux, des dégue-

nillés, des voleurs. Ils ne se lavent même pas, ils escaladent la fenêtre pour entrer chez eux, plutôt que de faire le tour par la porte, ils traînent des journées entières à ne rien faire ; ils injurient, crient, menacent le pauvre monde. C'est de la canaille. La loi ne peut pas les protéger. Moi-même, je les mettrai à la porte, quand je serai dehors. » Et elle se désespère, et elle pleure, et elle tremble.

Evidemment, l'expulsion de ces indésirables voisins arrangerait tout. Malheureusement, la loi s'oppose à leur expulsion. Et j'estime que, malgré la durée de l'internement, l'hyperémotivité de cette pauvre femme reste si considérable que la co-habitation avec de tels individus déterminerait, fatalement et immédiatement, le retour d'un état délirant.

Avec la Préfecture de Police, qui exige toutes les garanties possibles avant d'autoriser sa sortie, et avec le Procureur, auquel l'intéressée écrit souvent, j'ai échangé une copieuse correspondance qui n'est qu'une paraphrase du certificat suivant :

« Est entrée pour délire émotionnel de persécution inducteur de folie à deux, avec réactions agressives de défense contre l'entourage (coups de revolver, par le fils, sur les indications de la mère). Ce geste de violence, qui, d'ailleurs ne blessa personne, fut le fait de l'affolement de la peur, devant la turbulence des mœurs de voisins n'appartenant pas à la même catégorie sociale.

« Est aujourd'hui guérie des troubles hallucinatoires et délirants qui nécessitèrent l'internement, mais reste encore très émotive. Est parfaitement capable de vivre en liberté, loin de toute cause émotionnante de la nature de celle qui provoqua le délire, mais risque, dans le cas contraire, de faire un nouvel accès. »

La Préfecture de police, à chacun des certificats, répond qu'elle n'autorise la sortie qu'à la condition que l'internée ait préalablement consenti à la vente de sa maison et au déménagement de ses meubles, dans une nouvelle résidence. Mais la pauvre vieille refuse avec la plus violente indignation. Elle veut finir ses

jours chez elle, au milieu des souvenirs des siens. Et, d'ailleurs, où pourrait-elle bien aller avec la crise des loyers et à son âge de 64 ans ?

Quant au fils, dont le délire fut aussi éphémère que celui de la mère, il est à la colonie de Chezal-Benoist, d'où sa sortie est soumise, par la police, aux mêmes exigences que celles de sa mère.

De cette observation, nous retiendrons les points suivants :

1° Tout d'abord, les caractères essentiels de la mentalité de l'intéressée. Ce sont une hyperémotivité extrême que l'âge et les chagrins des dernières années ont exagérée, une hyperesthénie affective, et une certaine débilité du jugement qui renforce l'aveuglement causé par celles-ci. Cette malade a une intransigeance des sentiments qui lui fait méconnaître l'intervention inévitable des contingences, toujours plus ou moins dégradantes dans la réalisation de l'idéal humain, intransigeance qui l'empêche de distinguer le juste du légal, et qui lui cache l'inutilité dangereuse de la résistance à l'injustice de la loi.

Ces particularités constituent l'ébauche de la mentalité revendicatrice, dira-t-on avec raison. Mais, remarquons, toutefois, que le délire qui nécessita l'internement n'avait rien de la revendication. C'est un délire émotionnel de peur. Elle dit à son fils de tirer, non pour se venger, mais pour repousser un assaut. Rendue à la liberté, elle ne se soucierait plus de ses ennemis si elle ne les rencontrait plus. Mais leur contact l'effrayera et l'affolera de nouveau.

2° Le rôle capital joué dans l'élosion de cette psychose, par le désaccord foncier entre les mœurs paisiblement bourgeoises de cette femme et les mœurs audacieusement turbulentes des gens avec qui elle est obligée de vivre, doit être signalé. J'y insistais déjà en novembre 1927, avec le docteur Plouffe. Aujourd'hui, où ma documentation sur les circonstances est plus grande, j'y reviens encore. Elle n'a jamais cessé de clamer sa révolte de mère de famille ordonnée et popotte contre le débraillé de la mise, la paresse de la conduite, la violence ordurière du langage, la bru-

talité des gestes de ses locataires. Ses amies qui viennent la voir déclarent que jamais elle ni son fils ne pourront se faire aux manières effectivement repoussantes de ceux-ci. L'exaspération de ne pas pouvoir expulser un locataire, est, à l'heure actuelle, monnaie courante chez les propriétaires dont aucun n'a, à ma connaissance, perdu la raison pour cela. Mais cette exaspération se double de toute la répugnance et de toute la peur qu'une tranquille et ignorante ménagère éprouve au contact d'individus dont la forme d'existence est une violation de tous les principes de sa moralité.

3° Le troisième point à envisager est celui de l'opportunité du maintien de l'internement. Pour moi, je me refuse à ne pas signaler dans mes certificats l'impossibilité de la reprise de la vie sous le même toit que les indésirables locataires, sans qu'il y ait rupture de l'état mental. Le médecin-inspecteur de la Préfecture, notre éminent confrère Capgras, pense de même. Et il est probable que, tant que cette restriction sera faite, le Préfet de police s'opposera à la sortie. Le spectacle de cette femme au passé irréprochable et qui serait à même de continuer à vivre tranquillement et honorablement en liberté, si elle était délivrée d'un intolérable voisinage, est navrant. Il me semble cependant que, en ce qui me concerne, je ne peux rien faire de plus pour elle.

4° Le dernier point à retenir est celui de la relativité de l'exactitude des enquêtes policières. Celle-ci est laconiquement favorable aux gens dont se plaint ma cliente, mais elle est contredite par de nombreux commerçants, un conseiller général, un juge de paix, un maire ; l'unanimité de leurs dires m'inspire plus de confiance. Cette relativité de l'exactitude des données policières, en matière d'aliénation mentale, ne procède ni de l'incapacité, ni de la malveillance des enquêteurs. Au contraire, elle provient de leur zèle à maintenir la paix sociale. Tout individu qui a fait usage d'une arme est un être dangereux, dont l'internement conjure le danger. Hâter sa sortie de l'asile en atténuant l'apparence pathologique des actes de violence

qui l'y ont conduit, c'est risquer de troubler l'ordre et la tranquillité publique. Voilà ce que pense forcément un bon commissaire de police, surtout lorsqu'il administre un quartier où, c'était le cas, les rixes, les bagarres, les attentats sont incessants.

Conclusions. — De même que, biologiquement, le voisinage d'individus d'espèces différentes suffit à entraver l'équilibre vital de certains d'eux et à les rendre malades, — on sait, pour ne prendre qu'un exemple à la portée de tout le monde, que certaines fleurs mises dans un bouquet précipitent le flétrissement des autres, — de même, psychologiquement, le voisinage d'individus de mœurs différentes suffit à faire perdre l'équilibre mental de certains d'entre eux et à déterminer chez eux des psychoses. Le seul traitement efficace de ces maladies mentales est la séparation des individus. Quand cette séparation est rendue impossible, par les contingences, ce qui est malheureusement le cas ici, l'internement prophylactique s'impose.

DISCUSSION

M. DUPOUY. — J'estime que, dans le cas particulier et aussi d'une façon générale, on ne doit pas parler d'internement préventif. Quand un malade traité dans un asile est vraiment guéri, sa sortie doit être proposée, sans tenir compte de la possibilité d'une récidive. Sinon, il serait impossible de faire sortir les intermittents après leurs accès.

Ce n'est que dans le cas où le malade n'est pas complètement guéri que le médecin peut demander la réalisation de certaines conditions particulières permettant la sortie.

Quant à la malade présentée devant la Société, elle semble encore excitée et n'a pas rectifié ses idées délirantes. Sa mise en liberté ne paraît pas opportune.

M. COURBON. — Nous sommes tous d'accord quant au fond sur la nécessité du maintien de l'internement

pour des raisons médicales, étant donné les circonstances. Nous divergeons sur la terminologie. Je dis que cette femme est guérie de l'accès onirique de peur, *véritable maladie* qui nécessita l'internement. Elle reste dans un état passionnel, *simple anomalie et non maladie véritable* qu'elle eut toujours plus ou moins, qui fut compatible avec une vie en liberté irréprochable et qui serait encore compatible avec la même vie, si des conditions d'excitations *bien précises* lui étaient épargnées. De tels sujets ne sont pas, à proprement parler, des malades ; ils sont en immédiante proximité de maladie, mais uniquement à certaines conditions *bien limitées* ; tout au plus peut-on dire que ce sont des « malades conditionnels ».

L'internement de ces sujets est nécessaire, si l'on ne peut écarter ces conditions pathogènes bien spécifiées. Et pour qualifier cet internement le terme prophylactique me paraît assez bien convenir. L'internement prophylactique appliqué à des toxicomanes et à des intermittents est abusif et illégitime car la récidive n'est qu'une probabilité, dont la date d'échéance est incertaine. Appliqué ici il est légitime et nécessaire parce que la récidive est certaine et sera immédiate dès le premier instant de cohabitation.

Le fait que cette femme s'est entendue avec ses autres locataires, comme elle vient de le dire, et comme le prouvent les visites affectueuses que ceux-ci lui rendent à l'asile, indique qu'elle n'est pas paranoïaque. Elle ne veut pas se venger ; elle veut simplement éloigner d'elle des gens qui lui font peur et qui lui nuisent, ce qui indique qu'elle n'est guère revindicatrice. C'est une femme peureuse et têtue qu'affole le voisinage de gens effectivement terrifiants, mais qui sans ce voisinage garderait son équilibre mental.

Tentatives répétées de suicide, séquelles d'alcoolisme subaigu (impulsions post-oniriques)

Par G. DEMAY et A. SIZARET

Régis a établi que les états pathologiques post-oniriques n'étaient pas constitués uniquement par des troubles intellectuels, idées fixes post-oniriques, avec persistance plus ou moins longue de la conviction délirante, mais aussi par des troubles émotifs qui se manifestent après rectification du délire et peuvent se traduire par de véritables phénomènes obsédants : obsessions post-oniriques. L'observation qui va suivre montre qu'il peut exister, comme séquelle d'un accès d'alcoolisme subaigu, des impulsions purement motrices qu'on peut dès lors dénommer *impulsions post-oniriques*.

T... Giovanni, est un menuisier italien de 37 ans qui réside en France depuis huit ans. Pas d'hérédité connue. Pas d'antécédents pathologiques. Consommation quotidienne d'eau-de-vie et de plusieurs litres de vin. Début des troubles mentaux fin décembre 1928 par des hallucinations visuelles et auditives : il se croit poursuivi par des policiers et aussi par des animaux. Il répète : « J'ai mal parlé du gouvernement italien, la police va venir m'arrêter. » Il s'accuse en outre d'avoir volé des planches. L'anxiété augmente progressivement et le malade cherche à se frapper la tête contre les murs en s'écriant : « Voilà le commissaire qui arrive, j'aime mieux me tuer. » D'où l'envoi à Ste-Anne, puis à Ville-Evrard (7 février 1929). Les certificats médicaux notent l'intoxication alcoolique, la confusion, un état de dépression avec accès d'agitation anxieuse et impulsions au suicide. Le certificat de transfert du docteur Rodiet (2 mars) signale que, dès qu'il n'est pas maintenu, le malade essaie de se briser la tête contre les murs ou le parquet.

T... est transféré à l'asile de Clermont le 13 mars. Il est déprimé, s'exprime de façon monotone, mais sans ralentissement psychique et sans confusion. L'orientation est satisfai-

sante. Les souvenirs relatifs à la période confusionnelle restent très imprécis : il était nerveux, il ne se rappelle pas bien, il avait peur, il ne croit pourtant pas qu'on lui voulait du mal ; il a peut-être eu du délire. Il voyait des petites choses blanches. Il n'a pas entendu de voix chez lui, mais à l'hôpital. Il ne pense pas qu'on ait agi contre lui. Il n'avait pas l'idée de faire du mal aux autres, mais à lui-même ; c'est une idée qui lui venait d'un seul coup. Il avoue des excès alcooliques, de la zoopsie. Il présente du tremblement et de multiples cicatrices du cuir chevelu, ainsi qu'une plaie récente superficielle.

Dès la première nuit, il se lève pour se laisser tomber, la tête la première, sur le carrelage du dortoir. Dès lors, ces tentatives de suicide se multiplient quotidiennement et nécessitent la présence continue d'une personne près de son lit. Son geste est toujours le même : il se lance la tête en bas et en avant, et un de nos infirmiers comparait ce mouvement à celui du plongeur.

Il est incapable de donner de cet acte une explication ; il ne sait pas pourquoi une telle idée lui vient ; peut-être parce qu'il est enfermé (?) ; il ne le fait pas exprès ; il reconnaît qu'au début il a tenté de se tuer pour se punir : il croyait qu'on lui en voulait et que lui-même avait fait du mal. Maintenant il ne le croit plus, et il n'a aucune raison de se suicider.

Dans l'intervalle, il reste calme, se renferme dans le mutisme. Il fait, au début, quelques difficultés pour s'alimenter, mais en insistant on obtient toujours un résultat. Au bout de quinze jours, il s'alimente de lui-même, sans résistance.

Les tentatives quotidiennes de suicide persistent jusqu'au 5 avril. Si on tente de cesser l'alimentation et de faire sortir T... dans la cour, il se précipite à terre, tête la première. Le 4 avril, après s'être levé, il se comporte bien. Toutefois, au cours de la nuit, il recommence ses tentatives. Le 5, on le décide à lire les journaux et à se mêler aux jeux des autres malades. Pour la première fois, il prend un repas au réfectoire. Dès lors, on le fait lever régulièrement, sans qu'il ait de nouvelles impulsions. A partir du 10 avril, il est mis au travail. A ce moment, son attitude est normale. Il se rend bien compte de son état antérieur, explique qu'au début, il croyait qu'il avait volé et qu'on allait l'arrêter, c'est pourquoi il voulait se tuer. A l'asile, il n'avait plus les mêmes idées et il ne comprend pas pourquoi il cherchait à se laisser tomber à terre. Il quitte l'asile le 12 mai.

En résumé, au cours d'un accès subaigu, un alcoolique, sous l'influence d'idées de culpabilité et d'un état anxieux hallucinatoire, réagit par le suicide. L'accès paraît évoluer normalement vers la guérison, la confusion et les hallucinations disparaissent, la dépression et la résistance à l'alimentation persistent un peu plus longtemps, puis rétrocèdent à leur tour. Mais alors que le malade se rend compte de la nature pathologique de son état antérieur, il continue à se livrer quotidiennement à des tentatives de suicide dont le caractère est très particulier :

1° Ces impulsions se sont répétées journellement pendant deux mois. Elles ont nécessité une surveillance de tous les instants. Dès qu'on essayait de laisser le malade livré à lui-même, il tentait aussitôt de se blesser.

2° Elles se sont toujours reproduites selon la même modalité, le malade n'a jamais varié dans sa réaction suicide qui consistait à se frapper la tête contre le sol. Cette réaction participait à la fois de l'impulsion et de la stéréotypie, et on peut l'appeler : impulsion stéréotypée.

3° Il s'agit d'impulsions purement motrices, dénuées de mobiles, rappelant par conséquent les impulsions mnésiques décrites par Ducosté chez certains épileptiques. L'un de nous a déjà rapporté avec Rogues de Fursac un exemple d'impulsion de ce genre au cours de l'alcoolisme subaigu (1).

Mais, et c'est le point sur lequel nous voulons insister, ces impulsions n'ont pas toujours eu ce caractère. Au début, elles dépendaient étroitement des troubles intellectuels et émotifs. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'elles ont persisté après la disparition de ces troubles. Notre malade n'était pas un réticent. Il avait conscience de son délire antérieur. Même après guérison complète, il a bien précisé qu'en dernier lieu, quand il cherchait à se fracasser la tête, il ignorait pourquoi, alors qu'au

(1) ROGUES DE FURSAC et DEMAY. — Auto-accusation délirante et impulsion homicide chez un alcoolique subaigu. XI^e Congrès de Médecine légale. *Revue de Médecine légale*, juillet 1926, p. 313.

début il cherchait à se tuer parce qu'il se croyait coupable et qu'il craignait d'être arrêté.

On observe donc chez ce malade une évolution très particulière du délire onirique, une dissociation entre deux éléments d'habitude intimement liés : l'état idéo-affectif, délire avec anxiété, et l'élément moteur réactionnel, les tentatives de suicide, celles-ci continuant à se répéter pendant plusieurs semaines après cessation du délire et de l'anxiété.

S'il est légitime de considérer cette persistance de l'impulsion suicide comme l'équivalent, dans le domaine moteur, de l'idée fixe post-onirique dans le domaine intellectuel, l'interprétation de ce fait est plus délicate. On peut invoquer un phénomène de persévération motrice, favorisé par la légère obnubilation psychique qui a persisté chez le malade après disparition de l'onirisme, inhibant les centres supérieurs et libérant l'automatisme. On peut penser aussi que les réactions motrices ont été déterminées par le souvenir inconscient de l'état idéo-affectif antérieur, conformément aux idées de Morton Prince et de Ribot pour qui les éléments moteurs forment le « tissu de soutien » de la vie psychique et persistent quand nos expériences passées sont ensevelies en nous. Ces deux hypothèses ne sont d'ailleurs nullement contradictoires et se complètent l'une l'autre. Quoi qu'il en soit, on voit que des réactions motrices liées primitivement à un état idéo-affectif ont pu se reproduire sans qu'il y ait reviviscence des manifestations émotionnelles.

A propos des centres de malariathérapie

Par M. Henri CLAUDE

Depuis plusieurs années nous avons insisté, en France, quelques-uns de nos collègues psychiatres et moi, pour donner à la malariathérapie la place prépondérante qu'elle doit occuper dans le traitement de la paralysie générale. A la Société de Neurologie et dans

les Congrès des aliénistes et des neurologistes, nous avons trouvé bien des résistances. Elles paraissent avoir cédé aujourd'hui. Aussi en face des nombreuses demandes d'hospitalisation pour P. G. qui m'ont été présentées venant surtout de la province, ai-je demandé, dans une communication à l'Académie de Médecine, le 23 avril dernier, que des centres de malariathérapie fussent créés dans diverses régions de la France. Je ne visais pas spécialement Paris parce qu'il me semblait que dans les divers services psychiatriques et neurologiques on trouvait facilement les ressources thérapeutiques nécessaires. J'indiquais dans une communication qu'il paraissait souhaitable que ces centres ne fussent pas placés dans un asile d'aliénés, ou occupassent dans ceux-ci un quartier à part, un de ces services libres dont on réclame depuis si longtemps la création ou l'extension — ou bien encore qu'ils fussent aménagés dans un service d'hôpital spécialisé. Pourquoi ? Parce qu'il a été démontré que les bons résultats thérapeutiques sont d'autant plus nombreux que les malades ont été traités tout à fait au début de la méningo-encéphalite. Or, à cette période initiale, les malades suffisamment conscients, et surtout les familles, répugnent à venir demander des soins à l'asile d'aliénés, à solliciter l'internement. L'Académie adopta le 7 mai un vœu réclamant la création de ces centres « à Paris d'abord » et dans les diverses régions de la France pour les « malades atteints de P. G. et peut-être d'autres formes de syphilis nerveuses rebelles à tout traitement ». Ces centres avaient pour but de traiter certains malades, de permettre aux médecins d'utiliser cette thérapeutique dans la pratique privée et aussi de favoriser l'étude des conditions biologiques de la malariathérapie.

La question fut portée devant la Commission de Prophylaxie des maladies vénériennes du Ministère de l'Hygiène. Malgré quelques réserves qui se manifestèrent, la Commission reconnut l'intérêt qui s'attachait à généraliser cette thérapeutique. Une réunion des chefs de service du Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance Publique eut lieu au début de juillet dernier, à laquelle

je fus convié, et le ministre donna des directives dans le but de procéder immédiatement à la création de ces centres. A Paris on proposa, en raison du rattachement de ces centres au service des maladies vénériennes, de placer le nouvel organisme dans un service de Syphiligraphie. Je ne formulai pas d'objection parce que, à Paris, la malariathérapie est en usage dans tous les services où l'on veut l'employer, et surtout parce qu'il me paraît intéressant que le centre médico-biologique soit en quelque sorte neutre, c'est-à-dire que, en tant que centre d'études, il soit placé dans des conditions telles qu'il soit adapté à toutes les recherches médicales et biologiques ; enfin qu'un service de l'Assistance Publique pouvait être rapidement installé à cet effet.

Malheureusement, dans la circulaire qui fut envoyée en province le 20 juillet et dont je n'eus connaissance que le jour de la communication du Professeur Lépine à l'Académie de Médecine le 29 octobre 1929, il était indiqué que l'on poursuivait le dépistage et le traitement des syphilis nerveuses, tardives, rebelles, acquises ou héréditaires, et en particulier de la paralysie générale, et que le centre nouvellement créé devait être placé sous l'autorité du médecin chef de service de Dermato-Syphiligraphie, à charge pour ce dernier de se mettre en rapport avec le médecin directeur de l'asile départemental, de telle façon que la direction du centre de malariathérapie soit assurée simultanément par le syphiligraphe et par le psychiatre, assistés du chef de laboratoire et du personnel secondaire nécessaire.

La création d'un centre de cette nature, doté de crédits importants et permettant de donner une impulsion nouvelle à une méthode thérapeutique, devait intéresser bien des personnes. Mais l'attribution faite délibérément de la direction de ce centre aux dermatologistes, sans consulter les autres médecins intéressés, devait soulever des protestations dont le Professeur Lépine transmit l'écho à l'Académie de Médecine. Les neurologistes de Paris furent pris également d'indignation. Le dépistage de la paralysie générale n'est-il pas de leur ressort, et n'est-ce pas à eux que revient le privilège de

traiter les maladies ? Cette thérapeutique, qui ne fut pas acceptée sans objection et est encore discutée par certains, doit-elle être réservée aux seuls services hospitaliers de neuropsychiatrie ? Telle est la question qui doit être posée devant la Société médico-psychologique, puisque le vœu qu'a fait voter par l'Académie de Médecine, le 29 octobre 1929, le Professeur Jean Lépine, est ainsi rédigé : « L'Académie, etc., émet le vœu que ces « centres (de malariathérapie) soient institués en pre- « mier lieu dans des services hospitaliers de neuro- « psychiatrie normalement destinés aussi bien au choix « des malades à soumettre à cette méthode nouvelle « qu'à l'exécution du traitement. »

La Société de Neurologie, consultée par son secrétaire général, a émis le vœu, sur mon intervention, que la question des centres de malariathérapie soit soumise à une Commission très élargie de neurologistes, psychiatres et syphiligraphes qui pourrait être avantageusement consultée par les services du Ministère de l'Hygiène. Elle n'a pas approuvé purement et simplement le vœu voté par l'Académie, ni émis un vœu analogue, contrairement à ce qu'a écrit le Dr Crouzon dans le journal *la Vie médicale*. Je sollicite donc l'avis de la Société médico-psychologique. Pour moi, il m'apparaît que ces centres de malariathérapie devraient être ouverts à toutes les initiatives thérapeutiques rationnelles et ne devraient pas rester exclusivement réservés au dépistage et au traitement de la P. G. C'est là une conception trop étroite dont se sont écartés bien des médecins à l'étranger. Il faudrait que les centres soient considérés surtout comme des Instituts de recherches biochimiques sur l'action de la pyrétothérapie malarique. Qu'ils soient annexés à des services ouverts des asiles ou à des services hospitaliers de neuropsychiatrie, peu importe, cela dépendra des ressources locales les mieux appropriées. Ce qu'il faut, c'est qu'ils soient mis dans les diverses régions à la disposition des malades qui paraîtront pouvoir bénéficier de la cure. Aussi proposerai-je pour fixer les idées une rédaction comme celle-ci :

La Société médico-psychologique, considérant que la

malariathérapie a donné des résultats surtout intéressants dans les cas de P. G., et notamment dans les cas au début, estime qu'il conviendrait que les centres de malariathérapie à créer soient placés de préférence dans les services ouverts d'asiles ou les services hospitaliers ayant une direction neuro-psychiatrique spécialisée.

Considérant toutefois qu'une extension de cette méthode au traitement d'autres affections syphilitiques ou non syphilitiques doit être étudiée, recommande la nomination d'une commission composée de neurologistes, psychiatres et syphiligraphes qui devra fixer les conditions de fonctionnement de ces centres, sans en limiter étroitement la destination.

Organisation dans les asiles d'aliénés de services spécialisés pour le traitement de la paralysie générale.

Par MM. LEROY et CAPGRAS

Si les services neurologiques et syphiligraphiques des hôpitaux sont appelés à dépister et à soigner les affections syphilitiques du système nerveux au début ; si un certain nombre de paralytiques généraux viennent consulter dans un service ouvert avant l'éclosion bruyante des symptômes psychiques et peuvent ainsi bénéficier de la cure libre, combien plus nombreux sont les malades relevant des asiles d'aliénés :

1° Malades internés d'office : a) arrêt préfectoral pour scandale et danger public ; b) non-lieu à la suite de rapports médico-légaux.

2° Malades envoyés d'office par les cliniques, hôpitaux ou hospices, avant ou au cours de l'impaludation, parce qu'ils étaient dangereux ou troublaient le repos des salles par leur agitation bruyante et incoercible.

3° Malades envoyés avec certificat médical d'internement par le médecin qui les jugeait aliénés, et relevant de la loi de 1838.

La statistique des 102 paralytiques généraux traités en 2 ans à la 1^{re} section hommes de l'asile Ste-Anne se répartit ainsi, au point de vue de la provenance :

Infirmerie du Dépôt	20
Service de prophylaxie mentale	45
Clinique de la Faculté	7
Services des Hôpitaux	15
Salpêtrière	10
Certificat médical	4
Jugement du tribunal après expertise	1
	—
	102

La maladie de Bayle n'est-elle pas, du reste, une affection mentale essentiellement liée à des troubles psychiques démentiels relevant par leur caractère même de l'internement ? Personne ne nous contredira si nous disons que de tels malades doivent être placés, dans la grande majorité des cas, sous le régime de la loi de 1838 pour la protection de leurs personnes et de leurs biens. Ce n'est qu'après rémission complète ou très complète qu'ils pourront être considérés comme jouissant de l'intégrité de leurs droits civiques. Ils ne peuvent être laissés libres au cours du traitement.

Les cliniques neurologiques et les services ouverts, qui soignent les paralytiques, ne peuvent pas éviter l'internement. D'après l'expérience des auteurs, 33 0/0, soit un tiers des paralytiques soignés en cure libre, sont finalement internés à cause des séquelles résiduelles. Si l'on ne veut pas abandonner définitivement l'espoir de récupérer un certain nombre de ces malades, il faudra bien les soigner dans les asiles d'aliénés.

Le traitement actuel de la méningo-encéphalite nécessite une technique particulière, une surveillance médicale constante, des soins délicats avec un personnel choisi, de nombreuses recherches de laboratoire, un matériel approprié. Il y aurait grand avantage à grouper les paralytiques généraux, qui encombrent et encombreront toujours nos asiles, dans des services spécialisés où ils seront traités dans les meilleures conditions possibles, au grand bénéfice de la société.

Le traitement de ces 102 paralytiques par la malaria a permis, à l'un de nous, d'obtenir le résultat suivant :

Sortis = 49	{ Rémission complète ..	37 = 36,2 0/0
c.-à-d. 48 0/0	{ Rémission incomplète ..	12 = 11,7 0/0
Améliorés	15 = 14,7 0/0
Stationnaires	9 = 8,8 0/0
Transférés au cours du traitement	6 = 5,8 0/0
Décédés au cours et après traitement	23 = 22,5 0/0

Il y avait, en outre, dans le même service, 44 paralytiques soignés sans application de la malaria. Voici les résultats :

Sortis	1 = 2,2 0/0
Maintenus dans le service	10 = 25 0/0
Transférés	8 = 18,1 0/0
Décédés	25 = 56,8 0/0

Un seul paralytique non traité s'est amélioré au point de pouvoir sortir de l'asile. Cette amélioration est due à une ophtalmie purulente de l'œil, qui a nécessité l'énucléation de l'organe.

A propos de la création de centres de malariathérapie dans les départements

Par M. Paul ABÉLY

Nous nous permettons d'émettre, à la suite de la communication de M. le Professeur Claude, quelques considérations qui représentent le fruit de nos quelques années d'expérience comme médecin des asiles de province et aussi celui des enquêtes auxquelles nous nous sommes livré.

Nous éliminons systématiquement les centres neuro-psychiatriques des grandes villes de province, telles que Lille, Lyon, Marseille, Toulouse, Bordeaux, Montpellier, Nancy, Strasbourg, etc., où l'organisation peut être envisagée sur un modèle à peu près semblable à celui de Paris.

Et nous voulons simplement envisager les départements faiblement peuplés, ou ceux qui ne possèdent que des villes de moindre importance (ce sont les plus nombreux). Nous prendrons pour types deux départements que nous connaissons plus particulièrement, ceux de l'Aisne et de l'Indre-et-Loire ; l'un possède un asile public interdépartemental, l'autre un quartier d'hospice.

Disons tout de suite que dans tous les départements que nous envisageons, il apparaît, d'une façon indiscutable, que seul l'asile d'aliénés est capable de faire vivre utilement un centre de malariathérapie, d'apporter les documents intéressants à l'étude de ce mode de traitement et d'entretenir la souche en cours d'utilisation.

Le département d'Indre-et-Loire peut servir d'exemple à ce sujet : au cours de l'année 1929 et dans tout le département, 28 cas environ de paralysie générale ont été diagnostiqués. Dans les premiers six mois de l'année, les deux tiers de ces cas étaient dirigés sur l'asile en raison de troubles psychiques imposant l'internement. Le dernier tiers était presque entièrement adressé au docteur B., de Tours, lequel avait réussi à trouver une souche de paludisme à l'hôpital militaire et pratiquait la malariathérapie soit à domicile, soit dans son service de médecine générale. La moitié de ce dernier tiers dut être à son tour dirigée sur le pavillon d'observation du quartier de psychiatrie, les accès palustres ayant provoqué (ce qui arrive assez fréquemment) une agitation confusionnelle transitoire mais intense qui rendait impossible le maintien à domicile ou dans un service de médecine générale. Entre temps, la souche de l'hôpital militaire s'était éteinte. Un malade dut être envoyé à Paris pour y être impaludé, mais bientôt, par défaut d'arrivée d'un nouveau sujet à temps voulu, cette deuxième souche s'épuisa à son tour et devant la difficulté d'un tel traitement, ces tentatives thérapeutiques furent abandonnées. C'est alors qu'en mai 1929 fut instituée la malariathérapie systématique dans le quartier d'hospice affecté aux aliénés. Le nombre des P. G. que nous avions déjà, celui des entrées nouvelles nous a permis de conserver sans interruption la première

souche que nous avions recueillie. Tous les médecins du département nous adressent leurs malades qui sont impaludés gratuitement. Si le patient est calme, il est soit traité à domicile, soit hospitalisé dans un service de médecine générale, soit affecté au pavillon d'observation de psychiatrie sans internement, soit enfin interné à l'asile, suivant la mesure qui s'impose.

De cette façon, tous les P. G. du département susceptibles de bénéficier de la maliathérapie sont impaludés et suivis.

En toute évidence, seul l'asile a donc été capable de maintenir permanente la souche utile, la clientèle extra-asilaire s'étant montrée nettement insuffisante.

Cette constatation présente d'autant plus d'importance qu'elle a été faite dans un quartier d'hospice situé au milieu d'un hôpital général où se trouvent groupés tous les services et qui constitue le milieu idéal pour pratiquer cette thérapeutique de centralisation.

Ce taux annuel de paralytiques généraux et le rapport entre les malades à interner et ceux à traiter en cure libre, est à peu près identique dans tous les départements. L'enquête que nous avons faite dans le département de l'Aisne donne les mêmes résultats. La clientèle extra-asilaire est incapable d'alimenter un centre isolé de maliathérapie.

Un deuxième argument qui, en Province, a son importance, est le titre même du centre à créer. Ce terme de maliathérapie, vulgarisé par la presse et la T. S. F., est actuellement connu du public. Il évoque immédiatement, chez l'individu le moins documenté, l'idée de syphilis grave. Diriger officiellement un malade sur un service de maliathérapie, c'est faire savoir aussitôt que le dit malade est un spécifique avéré. L'entourage provincial, toujours enclin à propager les nouvelles désagréables, s'empare bientôt de cette indication. Cet argument, qui paraît à première vue puéril, m'a cependant été signalé à plusieurs reprises et de plusieurs côtés ; certain confrère a même parlé de « violation involontaire du secret professionnel ». Je pourrai citer plusieurs exemples, c'est ainsi que la famille d'un malade, qui était impa-

ludé et traité à domicile, cachait très soigneusement le mode de traitement à tous les visiteurs, qu'une autre famille de paralytique interné dans mon service, me recommanda instamment de ne pas dire aux visiteurs non-apparentés, la façon dont je soignais leur patient.

Aussi, je crois que, dans la plupart des cas, et spécialement dans les villes de faible importance, il serait préférable de ne pas désigner le service par un titre nettement spécialisé.

En somme, et tout particulièrement ici, cette question de la création des centres de malariathérapie, rejoint celle des services ouverts annexés aux asiles. Ces deux questions devraient être intimement liées dans les circulaires qui pourraient être adressées aux Préfets des départements.

Tous les asiles sont-ils capables de par le nombre de leurs malades atteints de la maladie de Bayle, d'entretenir, médicalement parlant, un centre de malariathérapie ? Nous ne le croyons pas. Nous nous souvenons qu'à certains moments, à l'asile de Prémontré, il nous fut impossible de maintenir la souche, même en injectant d'anciens impaludés et cela par défaut d'entrées, il s'agissait cependant d'un asile interdépartemental. Nous sommes certains que pas mal de nos confrères de Province ont été dans ce cas. Il y aurait intérêt à demander, à chaque asile, la statistique s'étendant sur cinq ans par exemple, du nombre des P. G. présents à l'établissement, susceptibles d'être utilement traités et à établir ainsi un chiffre-limite qui permettrait d'apprecier l'utilité et la possibilité de la création d'un centre de malariathérapie.

Enfin, la dernière difficulté, très importante en Province, est celle de se procurer la souche primitive, ou la nouvelle souche lorsque la première s'est éteinte. Certains médecins s'adressent à l'hôpital militaire le plus proche, qui possède, quelquefois et par hasard, parmi ses hospitalisés, un colonial paludéen. Mais il s'agit là d'une souche très incertaine, très intermittente et souvent dangereuse qu'il faut éviter absolu-

ment. Le plus souvent, il faut aller à Paris (ce qui n'est possible que pour les départements peu éloignés de la Seine), ou s'entendre avec un confrère plus ou moins éloigné qui a heureusement dans son service un P. G. impaludé. Dans tous les cas, le voyage, souvent difficile, a lieu aux frais et sous la responsabilité du médecin traitant, surtout lorsqu'il s'agit d'un indigent, ce qui est l'éventualité la plus fréquente.

Si nous voulons résumer toutes ces considérations, nous dirons que :

1° Il apparaît d'une façon évidente que, dans la plupart des départements, l'asile d'aliénés est seul capable d'entretenir un service de malariathérapie.

2° Que ce centre devrait être compris dans le cadre des services ouverts, sans dénomination spéciale officielle.

3° Que tous les asiles ne paraissent pas capables d'entretenir, d'une façon continue, un centre de ce genre, soit en raison du nombre restreint des malades à traiter, soit de la difficulté à se procurer la souche primitive. Une statistique serait intéressante à faire à ce sujet. Elle permettrait d'étudier une création progressive et par région de centres de malariathérapie en Province. On pourrait, tout d'abord, essayer l'installation de centres pluri-asilaires, situés dans le service ouvert de l'asile le plus important de la région envisagée et situé le plus près d'une ville. Par le jeu de transferts interdépartementaux, les asiles les plus voisins enverraient leurs malades dans ce centre.

Cette méthode n'empêcherait pas chaque médecin traitant de faire de la malariathérapie, dans son service, puisqu'il aurait toujours à sa disposition une souche active. Elle éviterait, d'une façon évidente, les inconvénients que nous avons précédemment signalés et elle permettrait d'étendre, d'une façon rationnelle, le nombre des centres à créer.

Chaque centre provincial ainsi institué adresserait, chaque année, un rapport à une formation principale, située à Paris par exemple, ce qui permettrait de centraliser les résultats et les recherches qui se rapportent à ce mode de traitement.

Les quartiers d'hospice constituent, comme je l'ai déjà signalé, la formation idéale où pourrait être essayée, tout de suite, la création de ces centres. Ils possèdent, habituellement, un service ouvert ou un service d'observation sans internement. Ils sont situés au milieu des services de médecine et de laboratoire de l'hôpital général, habituellement au voisinage de l'hôpital militaire et toujours dans le chef-lieu du département.

Mais il ne faut pas oublier qu'ils relèvent du budget municipal, celà dans la grande majorité des cas.

Très peu d'asiles publics possèdent, en revanche, un service ouvert. Il n'est guère possible que dans les asiles situés au voisinage immédiat d'une ville importante. C'est dans le cadre de ces derniers qu'il y aurait lieu d'envisager la création de ces premiers centres de malariathérapie.

Dans tous les cas, il faut retenir que l'application prochaine de la loi sur les assurances sociales doit modifier, dans une grande mesure, les conditions matérielles de l'assistance hospitalière.

M. GUIRAUD. — En confiant les centres de malariathérapie aux syphiliographes, le Ministère de l'Hygiène a eu la préoccupation, fort légitime, d'éviter, autant que possible, les internements. Mais la création des centres ainsi compris risque de priver une grande quantité de malades du bénéfice de la malariathérapie.

Un certain nombre de paralytiques sont dépistés par les syphiliographes avant l'apparition des troubles mentaux et peuvent être traités dans les services de ces spécialistes.

Plus nombreux sont ceux qui sont découverts par les neurologistes et peuvent également être traités en dehors des Asiles. Mais la grande majorité des paralytiques généraux débutent par des troubles mentaux, avec souvent une grande agitation qui nécessite l'internement immédiat. On doit insister sur ce fait que ces derniers malades sont parmi les plus curables ; ils fournissent un bien meilleur pourcentage que les formes démentielles torpides observées par les neuro-

logistes. Quelles que soient les décisions officielles, avec ou sans centres, nous serons toujours obligés de traiter ces malades par la malaria dans nos Asiles.

Il est indispensable que les Conseils généraux nous donnent les moyens matériels de le faire. Si ce mode délicat de traitement n'est pas appliqué dans de bonnes conditions, il peut présenter des dangers. Avec une souche bien choisie et des précautions, les résultats sont, au contraire, très satisfaisants. Depuis un an, sur 35 paralytiques ainsi traités, je n'ai eu ni décès, ni incident sérieux.

Pour des raisons d'opportunité, je n'estime pas qu'on doive solidariser la question de la malariathérapie et celle des services ouverts. Beaucoup de départements peuvent hésiter à créer dans les Asiles ou à côté d'eux des services ouverts. Ce n'est pas une raison pour qu'ils refusent l'installation, le personnel et le matériel nécessaires à la malariathérapie, grâce à laquelle beaucoup de malades peuvent sortir, alors que les autres sont transformés en travailleurs tranquilles. Le P. G. classique, bredouillant, affaibli, gâteux a presque disparu.

Je crois donc qu'on devrait insister sur la nécessité d'organiser la malariathérapie dans les Asiles et se borner à ajouter qu'il est souhaitable de créer le plus possible de services ouverts pour y traiter les malades qu'il n'est pas nécessaire d'interner.

Enfin, je constate qu'en France, seuls, des aliénistes et des neurologistes ont l'expérience pratique du traitement, il est surprenant qu'on ne leur en confie pas l'application. La thérapeutique de la syphilis nerveuse (sans même parler de l'installation des locaux, de la discipline, du traitement de l'agitation) est très différente de celle de la syphilis ordinaire.

Les arsénicaux pentavalents, spécialement le stovarsol sodique, qu'à la suite de Barbé et Sézary nous utilisons presque tous avec d'excellents résultats, paraissent inconnus des spécialistes qui rédigent la liste des médicaments que le Ministère de l'Hygiène propose de nous fournir gratuitement. Le stovarsol n'y figure qu'à titre de pastilles préventives.

Nous devons apporter notre appui à l'initiative des Professeurs Claude et Lépine qui demandent la création de centres neuro-psychiatriques de malariathérapie.

M. TARGOWLA. — Pour obtenir de bons résultats thérapeutiques, il est essentiel de dépister la maladie le plus tôt possible. Le psycho-diagnostic est pour cela un des éléments les plus précieux ; il ne peut être réalisé que par un aliéniste. En ville, bien souvent, nous sommes obligés de lutter avec la famille et les médecins qui ne sont pas convaincus de la nécessité qu'il y a à placer dans des maisons de santé et de traiter énergiquement des paralytiques au début, qu'ils prennent pour des excités ou des neurasthéniques.

Autant que possible, on doit essayer de traiter ces paralytiques sans internement. La meilleure solution me paraît un centre mixte pouvant accueillir, à la fois des malades libres et internés, avec une porte ouverte et une porte fermée.

Il est utile que les trois sociétés de psychiatrie s'entendent sur un texte commun.

M. SANTENOISE. — Les cliniques des Facultés et certains services peuvent avoir, facilement et à peu de frais, l'outillage nécessaire.

M. CLAUDE. — Je reste partisan des centres de malariathérapie dans les services ouverts des Asiles et je propose qu'on nomme une commission qui étudiera la question, d'accord avec les deux autres sociétés.

La Société nomme une Commission composée de MM. Claude, Leroy, Raynier, Santenoise, Capgras, Marchand, Guiraud.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, MINKOWSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 décembre 1929

Le problème de l'azotémie en pathologie mentale. — M. R. TARGOWLA résume, à propos d'une discussion antérieure, les recherches qu'il avait faites il y a quelques années sur ce sujet. L'azotémie est augmentée dans les psychoses aiguës et les épisodes aigus au cours des états chroniques. Elle a exactement la même valeur en pathologie mentale qu'en pathologie générale et ne présente, en soi, aucune signification diagnostique ou pronostique ; seule, la courbe de ses variations permet de porter un pronostic très sombre *quoad vitam* quand elle est stationnaire ou ascendante, favorable quand elle est descendante, dans les cas graves ; elle n'offre aucune valeur en ce qui concerne l'avenir de l'état mental. La pathogénie des hyperazotémies graves est complexe et doit être rapportée à un processus de désintégration tissulaire et d'hépato-néphrite, les altérations du foie étant en général plus graves que celles du rein.

Psychencéphalite à forme anxieuse, dépressive et hallucinatoire avec syndrome parkinsonien fruste ; hyperazotémie passagère. — M. R. TARGOWLA rapporte l'observation d'une femme atteinte de névraxite disséminée à forme anxieuse avec manifestations parkinsoniennes légères, qui présenta transitoirement une azotémie de 3 gr. 70 pour 1.000 au cours d'une exacerbation dépressive, azotémie qui était quinze jours avant de 0 gr. 30 et revint, trois semaines plus tard, à 0 gr. 35. L'état mental persista inchangé.

Impulsion homicide, symptôme initial d'une démence précoce à évolution rapide. — MM. A. SIZARET et J. BASTIÉ communiquent l'observation d'un homme de 26 ans, qui n'avait présenté aucune anomalie mentale avant mai 1929. Le 15 juin, il blesse mortellement sa femme à coups de marteau, et en quelques semaines s'installe un syndrome typique

de démence précoce (indifférence, inertie, rires immotivés, tendances catatoniques, stéréotypies). Les auteurs insistent sur l'évolution particulièrement rapide de cette démence précoce et sur un syndrome particulier présenté par le malade, symptôme qui a été décrit, il y a quelques années, sous le nom de négativisme mnésique.

Technique et étalonnage d'un test de mémoire. — M. E. TOULOUSE et Mlle WEINBERG ont exposé la technique d'un test de mémoire, d'un caractère synthétique, s'adressant à la fois à la mémoire visuelle, auditive et verbo-motrice, mettant en jeu la fixation des souvenirs, leur évocation, leur reconnaissance. Le test, appliqué au préalable à 100 sujets normaux, permet d'évaluer les défaillances de la mémoire par rapport à la normale, d'une façon quantitative, en unités de mesures qui sont fournies par la dispersion des résultats chez les sujets normaux. Les diverses valeurs inscrites sur un graphique permettent de tracer un *profil* des fonctions mnésiques du malade. Un essai a été tenté pour *étalonner* le test sur les malades et pour établir les profils caractéristiques des diverses catégories morbides. Un profil médian de 28 paralytiques généraux présente une courbe nettement inférieure à la normale, surtout pour la reconnaissance et pour le résultat global.

Le test permet donc d'objectiver et d'évaluer d'une manière quantitative les troubles mnésiques constatés en clinique.

Alcoolisme récidivant d'exaltation maniaque, par MM. COURBON et CAILLEUX. — L'intempérance productive de troubles mentaux n'est pas toujours de nature vicieuse. Elle peut être de nature incontestablement morbide. La psychose maniaque dépressive, par exemple, peut donner naissance, dans sa phase maniaque à une telle intempérance qui, aux symptômes d'exaltation, d'hyperthermie et d'exubérance primitifs, ajoute des symptômes secondaires de confusion (désorientation; céphalée), d'onirisme (hallucinations visuelles), et d'agressivité (menaces, violences). Cette addition permet le diagnostic de manie compliquée d'alcoolisme aigu, c'est-à-dire de manie arrosée.

L. MARCHAND.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

Maladie de Recklinghausen : Schwannomes, méningoblastomes, gliomes ponto-cérébelleux, gliomatose centrale, par L. MARCHAND. (*Soc. anat.*, 7 novembre 1929).

L'examen histopathologique montre la plus grande parenté (évolution néoplasique des cellules névrogliques) entre les tumeurs cutanées (schwannomes), les tumeurs méningées (méningo-blastomes de forme conjonctive, farcis de calcosphérites), les tumeurs ponto-cérébelleuses (névromes périphériques avec calcosphérites). Une des tumeurs ponto-cérébelleuse se propage au cervelet, en conservant les caractères du gliome périphérique. Une des tumeurs méningées se propage au cortex, mais ici le processus néoplasique prend l'aspect d'un gliome à petites cellules rondes. Il y a donc, à la fois, neurogliomatose périphérique, neurogliomatose méningée et gliomatose centrale.

Sarcomatose méningée diffuse primitive, par L. MARCHAND et J. PICARD. (*Soc. anat.*, 7 novembre 1929).

L'affection a débuté chez une femme de 64 ans par une amaurose progressive s'accompagnant de fausses reconnaissances, puis survint un affaiblissement intellectuel à marche rapide, des troubles du caractère, des hallucinations visuelles, de l'agitation. A l'examen somatique, absence de réflexes rotulien et achilléen, fonte musculaire, troubles de l'équilibre. Le diagnostic reste d'abord en suspens. Après la ponction lombaire, qui montre une forte hypertension, une dissociation albumino-cytologique avec couleur xanthochromique du liquide et la présence de cellules néopla-

siques, il s'oriente vers celui de tumeur cérébrale. L'examen oculaire décèle une légère décoloration du segment temporal, hors de proportion avec la cécité et on pense à une localisation de la tumeur au niveau des lobes occipitaux.

L'autopsie, en ne décelant aucune lésion localisée, ne nous apporta pas la confirmation de ce diagnostic et ce n'est que l'examen histologique qui permit d'établir qu'il s'agissait d'un cas de sarcomatose diffuse pie-mérienne primitive.

BIBLIOGRAPHIE

La Clinique et le Laboratoire (1)

Le mot « clinique » vient, comme on sait, du grec *κλίνειν*, qui veut dire lit. Par conséquent, la clinique est, en principe, l'ensemble des renseignements que peut fournir l'examen du malade couché. C'est, à n'en pas douter, sa position la plus logique, mais il convient de reconnaître que, lorsqu'on l'examine debout, c'est encore, en dépit de l'étymologie, de la clinique. Celle-ci comporte donc, en réalité, tous les signes que l'on peut recueillir directement par l'examen du patient.

C'était jadis la seule méthode dont disposaient les médecins pour s'enquérir du mal dont souffrait celui qui avait recours à eux. Ils en usaient donc, mais je vous prie de croire que, pendant longtemps, ils n'en abusèrent pas. Au XVII^e siècle, Thomas Diafoirus se fût cru déshonoré s'il avait porté la main sur son client dans un autre dessein que de lui tâter le pouls. Il l'interrogeait, lui faisait tirer la langue, s'inquiétait de savoir si ses excréptions étaient... louables, puis il rédigeait en latin une savante ordonnance et attendait que ses remèdes et la nature fissent leur besogne.

Peu à peu cette façon sommaire de procéder se modifia en se compliquant. Le médecin daigna y regarder de plus près, inspecter le patient et le palper pour se rendre compte des changements survenus dans son anatomie et localiser plus exactement ses souffrances. A la fin du XVIII^e siècle, Avenbrugger apprit à ses confrères en Esculape les avantages de la percussion et qu'elle permettait de déceler des sonorités anormales dont on pouvait tirer d'utiles conclusions. Au début du siècle suivant, un formidable pas en avant fut accompli quand le grand Laënnec découvrit l'auscultation, grâce à laquelle on parvint à

(1) Notre excellent confrère le Docteur Henri Bouquet publie sous ce titre un article que nous sommes heureux de reproduire.

débrouiller le chaos des maladies qui ont pour siège les poumons ou le cœur. Puis, le laboratoire vint.

La clinique, groupant tout ce que l'on est à même de constater sur le malade, le laboratoire, en face d'elle, revendique d'abord, pour sa part, les renseignements que l'on peut acquérir en dehors du sujet lui-même. Je ne veux ni ne peux insister sur l'extraordinaire complexité de ses recherches, d'autant que je risquerais d'être fort incomplet puisque ce champ d'exploration s'accroît de jour en jour. J'ai déjà parlé ici de l'examen des urines, par exemple, et tenté de montrer comment la pratique fantaisiste des « uromantes » de jadis s'était muée en une série d'analyses des plus positives, mettant à contribution la chimie la plus minutieuse, la micrographie la plus précise et même une physique très « à la page ». Mais ce n'est pas, loin de là, le seul produit que l'on interroge de la sorte. On en fait autant pour beaucoup d'autres, qu'ils existent normalement dans l'homme ou soient créés par la maladie : sang, liquide qui baigne les centres nerveux, crachats, pus, épanchements, fausses membranes, etc., il n'est rien que le laboratoire ne scrute pour en tirer le secret de l'anormal.

Il prit, naturellement, une importance de premier plan quand Pasteur nous eut ouvert le monde des infiniment petits et eut montré leur rôle primordial dans un si grand nombre de misères humaines. La poursuite du microbe, la détermination de son identité firent dès lors partie de ce qu'il fallait mettre en jeu pour résoudre le problème que tout malade pose à celui qui le soigne et la microbiologie s'enquit, non seulement du bacille lui-même, mais aussi des modifications qu'il détermine dans les milieux où il vit. Plus tard encore, on apprit à prélever des fragments de tissus et à distinguer, l'œil au microscope, leur nature et leur signification. Au reste, on n'en finirait pas, je l'ai dit, si l'on voulait énumérer seulement tous les éléments du rôle qu'assume le laboratoire dans ce seul chapitre du diagnostic.

Cette tâche s'est encore accrue de quelques recherches qui se font sur le malade même, mais qui sont néanmoins « laboratoire » parce qu'elles exigent une instrumentation et des méthodes qui sont du ressort du spécialiste. Il suffit de mentionner l'usage des indiscrets rayons X ou la mesure du tout récent « métabolisme basal », pour préciser cette orientation, qui est d'hier. Demain en connaîtra d'autres, relevant d'une discipline analogue.

**

S'il n'est de science, comme on l'a dit depuis longtemps, que de ce qui se peut mesurer et chiffrer, le diagnostic entraînait, de par l'avènement du laboratoire, dans une voie scientifique, alors que, jusqu'à ce moment, il ne relevait guère que de l'art. Les analyses en question peuvent souvent, en effet, se résoudre en nombres. On pèse l'albumine en grammes et le sucre aussi. On établit de savants rapports entre le poids des aliments et leur utilisation ; d'autres précisent l'élimination des matériaux nuisibles. On note par des + et des — les résultats des réactions imposées au sérum. On a même introduit en ces matières l'algèbre, ce qui est impressionnant. D'autre part, ce que l'on doit, ce que l'on dose prend une allure d'exactitude qui en impose. Est-ce que l'on peut discuter des chiffres ? De là est née l'opinion que le laboratoire et ses épreuves étaient appelés à remplacer à jamais les anciennes méthodes, si vagues, peut-on penser, au regard de ses calculs. On voyait progressivement poindre le jour où la médecine tout entière se résoudrait en équations. De celles-ci, la physique, la chimie, les examens d'ordre biologique fourniraient les éléments, et la solution de ces équations serait justement le diagnostic cherché. Il ne resterait plus qu'à en établir d'autres pour le traitement et tout serait pour le mieux puisque la science aurait parlé.

Les médecins n'ont pas de ces belles illusions. Ils savent bien que l'on a oublié, dans ce raisonnement, si logique d'apparence, quelques petits facteurs dont leur expérience leur a appris la valeur.

Le premier, c'est simplement la vie. L'homme, bien portant ou malade, est un être vivant. Or, la première condition à remplir pour que la façon de raisonner que j'ai évoquée fût valable, serait de réduire aussi la vie en chiffres et en équations ou du moins d'en faire rentrer les éléments dans l'ordre des phénomènes qui sont justiciables des mathématiques. On pourrait alors, en confrontant les chiffres de l'état de santé et ceux de l'état de maladie, faire jaillir du choc une lumière indiscutable. Malheureusement, ce n'est pas encore chose faite. La vie — ceci soit dit sans prendre parti dans une querelle philosophique quelconque — ne s'est pas encore laissé traiter de la sorte. Il est possible qu'elle ne soit que phénomènes physiques et chimiques, il est possible aussi qu'elle soit autre chose

et c'est là le secret que nous n'avons pas encore percé. Ce qui se passe dans le corps humain n'est pas entièrement comparable à ce que l'on voit dans la cornue du chimiste et il est impossible de raisonner à l'égard du premier comme on le peut faire à l'égard des réactions qui ne mettent en présence que des corps bruts. Faites dissoudre, suivant un exemple que j'ai invoqué ailleurs, du carbonate de chaux dans un acide et vous aurez toujours le même résultat. Faites absorber une même substance à deux hommes, choisis aussi semblables que possible, et les effets qu'elle provoquera chez l'un et chez l'autre seront différents. Les phénomènes vitaux — et la maladie en est un — se montrent infiniment divers lorsque l'on passe d'un homme à un autre et deux sujets dont la maladie a la même origine ne présentent pas, loin de là, des accidents identiques. La santé et la maladie demeurent affaire individuelle et il n'est de science que du général.

Il résulte de cette distinction fondamentale que les recherches de laboratoire ne sauraient à elles seules fournir une solution au problème diagnostique envisagé. Il faut, pour tirer d'elles les enseignements qu'elles comportent, que leurs résultats soient interprétés. Le jugement du médecin doit entrer en ligne de compte aussi bien que l'avis du spécialiste de laboratoire. Il doit apprécier les réactions en les rapportant, non à une loi générale applicable à tous, mais en fonction du sujet et de la façon dont cette loi peut le concerner. La réponse du laboratoire est un élément de diagnostic, elle n'est pas le diagnostic lui-même.



Les médecins, dis-je, ne s'y trompent pas. Ils savent qu'une radiographie, par exemple, c'est encore un problème, souvent, à résoudre. Ils savent combien il est facile de se laisser abuser par cette image, en apparence si démonstrative, avec quel soin, il faut l'interroger. Ils savent que la présence d'un microbe en tel point du corps ne signifie pas qu'il soit la cause — et surtout la cause unique — du mal dont souffre le patient. Ils savent que telle modification dans la composition du sang ou du sérum est plus sérieuse chez celui-ci que chez celui-là et que l'indication pronostique et thérapeutique ne dépend pas exclusivement du chiffre noté sur la feuille d'analyse. Le public, à son tour, doit ne pas se laisser impressionner

par l'apparence de précis et de définitif que prennent à ses yeux le nombre et la mesure. Ce qui serait la vérité sans discussion possible s'il s'agissait de substances inertes n'est plus que du probable ou du possible quand il est question de l'être vivant.

Il peut sembler que, jusqu'ici, parlant du laboratoire, j'ai surtout fait son procès et fait de préférence ressortir ce que ses conclusions comportent encore d'incertitude. Je voudrais maintenant exposer tout le bien qu'il nous apporte et les raisons que nous avons de nous adresser à lui et de lui faire confiance.

La conception actuelle, qui paraît tout à fait équitable, fait état surtout de toute la précision que le laboratoire apporte dans l'établissement du diagnostic. Il réduit la part d'hypothèse et de raisonnement pur que celui-ci comporte. Ce raisonnement constituait jadis le plus important de la tâche du médecin en pareil chapitre. C'est qu'il n'avait pour le guider qu'un nombre de signes révélateurs très réduit. Aujourd'hui, si ce raisonnement tient encore une place très grande, ainsi que je viens de le montrer, il a au moins pour s'étayer des faits en nombre très accru et c'est là que le laboratoire nous vient si opportunément en aide.

Il n'est pas douteux pour personne, en effet, que l'augmentation du nombre des renseignements soit une condition essentielle d'un diagnostic exact. Le laboratoire, grâce à l'ingéniosité et à la complexité des recherches qu'il autorise, accumule justement les renseignements utiles. Il fait surgir des signes, des symptômes que l'observation directe eût été bien incapable de révéler. Il permet des déterminations plus rapides et plus complètes que celles que fournissent les autres méthodes. Il autorise des décisions que l'on n'aurait pas prises sans lui ou que l'on aurait prises plus tardivement, alors que la promptitude est une condition de salut. Nous savons reconnaître une fièvre typhoïde sans voir le microbe, mais combien de fois hésite-t-on avant d'acquérir la certitude ? Quand la découverte du bacille est chose faite, quand les réactions du sérum sont intervenues, l'hésitation n'est plus possible. On sait soigner la dyspepsie sans le secours de la chimie, mais on le sait bien mieux quand le chimiste a parlé. Le radiographe a établi des sortes de canons hors desquels on entre dans l'anomalie, probablement pathologique. Le sérologiste sait nous faire voir que les humeurs du corps ont leurs révélations à fournir.

Souvent, le laboratoire ne fait que confirmer ce que l'on soupçonnait, et déjà à ce titre son appui est de premier ordre. Dans d'autres circonstances, il rectifie des opinions erronées. Parfois même il aiguille la pensée dans une voie qu'elle n'aurait pas d'elle-même choisie. Et surtout il augmente le nombre des certitudes, et la valeur des bases qu'il fournit ne saurait être surestimée.

Toutefois, il faut prévoir le cas où laboratoire et clinique sont en conflit. L'un dit noir et l'autre dit blanc, cela se voit parfois. Je vais bien étonner, sans doute, un certain nombre de lecteurs, mais, quand ce conflit se produit, c'est presque toujours la clinique qui a raison. C'est qu'elle sait, elle, ce que ne sait pas le laboratoire, faire la discrimination entre les personnes et les tempéraments, entre l'action des causes pathologiques chez l'un et chez l'autre, entre la signification des symptômes chez un malade et son voisin. Elle connaît les raisons de telle réaction se produisant chez un sujet, raisons qui ne seront pas les mêmes pour un second. Les distinctions particulières que le laboratoire n'a pas à faire, elle les fait.

De cette vue générale, où je crois avoir fait ressortir impartiallement le pour et le contre, il résulte que les recherches du laboratoire nous sont aujourd'hui tellement utiles que rien ne peut les remplacer et que nous ne saurons plus nous passer de lui. Il n'en résulte pas, par contre, qu'il détienne la seule vérité et qu'il doive toujours avoir le dernier mot. Il est un aide, aide infiniment précieux et auquel il faut très souvent avoir recours, mais il n'est qu'un aide au même titre que l'auscultation, la percussion et tant d'autres procédés d'investigation auxquels j'ai fait allusion plus haut et qui, en y ajoutant la sagacité et le discernement du médecin, constituent la clinique.

Par conséquent, lorsque le médecin réclame des recherches de ce genre, il faut les accepter. Elles multiplient, comme je l'ai fait ressortir, les signes sur lesquels le diagnostic se peut baser et qui ne sont jamais trop nombreux. Elles sont un guide que l'on ne peut remplacer et accroissent singulièrement les raisons que le médecin a de voir clair en une affaire qui est souvent au début très obscure. Elles accroissent donc les chances de guérison pour le malade. Elles augmentent aussi ses frais, c'est incontestable. Mais il est des dépenses qui s'imposent et, s'il n'est pas de bien plus précieux que la santé, il faut se résoudre à savoir lui en sacrifier d'autres.

Ce qu'il ne faut pas, par exemple, c'est attendre la réponse du laboratoire comme un verdict sans appel. Que de personnes s'imaginent que tout est dit et qu'il faut laisser toute espérance lorsque le laboratoire a déclaré que leur sang contenait tant de centigrammes d'urée ou leur urine tant de grammes d'albumine, ou encore quand il a affirmé que tel microbe était le coupable ! Elles font pendant à ceux que terrifie ou réconforte le chiffre de leur tension sanguine, alors qu'ils sont incapables de juger des conditions fonctionnelles qui expliquent le nombre enregistré à l'appareil.

Le laboratoire, répétons-le, est l'auxiliaire de la clinique et un merveilleux donneur de renseignements pour le médecin. A celui-ci, à lui seul, le souci de savoir quand il y a lieu de recourir à ses services. A lui seul aussi de tirer de ces renseignements précieux la signification qu'ils comportent. Toute autre conduite n'est qu'erreur et souvent que danger.

D^r Henri BOUQUET.

(*Le Temps*, 26 décembre 1929).

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR

Est nommé chevalier, au titre du Ministère de la Guerre, le Dr CHATAGNON (Pierre-Adolphe-Henri), médecin des Asiles, médecin-assistant à l'hôpital Henri-Rousselle (14 ans de service, 5 campagnes, a été blessé et cité).

L'ASILE D'ALIÉNÉS DE FÈS

Dr Alphonse GUÉRIN

Lorsque l'on a visité Fès, ses souks, ses mosquées, ses medersas, lorsque l'on a contemplé les arabesques de ses fontaines et le coquet ensemble de la place Nejjarine (la façade de son « fondouk » délicieusement sculptée qui voisine avec une gracieuse fontaine dont le revêtement de mosaïque est protégé par un auvent de cèdre recouvert de tuiles vertes d'où pend une lampe mauresque finement ouvragee), il reste pour le médecin une visite plus intéressante mais qui assombrira tout ce beau rêve du ciel africain, et qui montrera quelle dure barbarie cache ce somptueux décor : c'est l'asile d'aliénés de Fès.

Dès l'entrée, une affiche nous annonce que nous sommes dans une maison religieuse. Expression un peu banale dans l'Islam, où tous les firmans du sultan sont précédés de la phrase fatidique imprimée en caractères majuscules : « Dieu seul soit loué ! »

Nous n'allons pas tarder à être fixé sur sa rudesse. On entre dans un patio où tout autour d'un bassin mauresque évolue une cigogne familière, mais si l'on regarde autour, un spectacle attristant s'offre à nos yeux. Sur chacune des quatre faces, quatre cabanons clôturés de forts barreaux de fer comme des cages de fauves sont réservés aux aliénés hommes ; à l'étage supérieur, même disposition pour les aliénés de l'autre sexe.

Le sol est cimenté et partiellement recouvert d'un plancher. Il est percé d'un trou carré, large comme une paume

de main. Et ce détail nous indique que ces cages sont destinées à des humains et qu'on y a ménagé des fosses d'aisances.

Quelques-uns de ces aliénés agités portent au cou un solide carcan de fer relié par une longue chaîne à une poutre du plafond.

Je sais bien que cette maison n'est après tout qu'un lieu de passage et que les aliénés dont la maladie n'est pas confirmée sont renvoyés dans le troupeau des mendians qui encombrent les rues de Fès.

Ceux qui sont justiciables d'un internement sont évacués sur d'autres maisons. Il n'en reste pas moins que ce spectacle est pénible pour un Français. On pense avec tristesse que l'on appartient à un pays qui a eu la gloire de compter, parmi ses médecins, un Pinel.

Que d'éloges mérités n'a-t-on pas décernés à ce grand psychiatre qui eut la gloire de faire tomber les chaînes de ces malheureux qui n'avaient commis d'autre crime que de perdre la raison.

Et c'est précisément dans un pays placé sous notre protectorat que l'on peut voir un si affligeant spectacle !

Sans doute, on ne supprime pas une civilisation du jour au lendemain, et il n'est pas possible de faire disparaître comme par enchantement des habitudes séculaires. Il faut tenir compte notamment qu'en Orient et dans l'Afrique du Nord la suspicion de folie ne provoque pas la fière protestation habituelle chez les nôtres. Elle serait même acceptée par le simulateur comme un moyen pratique d'assurer son existence.

Cette manière un peu brutale de traiter les aliénés aurait précisément pour but d'en faire passer le goût aux postulants éventuels.

Mais tout cela n'empêche que ce barbare étalage a quelque chose de blessant pour notre sensibilité. Il serait temps de songer à supprimer une institution aussi archaïque.

Et puisque la civilisation latine, après avoir été chassée de la terre d'Afrique, s'y installe magnifiquement grâce à nos efforts, on peut redire, à l'intention de ces malheureux aliénés de Fès, le mot si profondément humain de Térence :

Homo sum et nihil humani a me alienum puto.

(*Journal des Praticiens*, 6 nov. 1929).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 39.805

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

Chronique

Impressions médico-psychologiques d'Espagne

Si s'attarder à rechercher les caractères du pays et de la civilisation que l'on traverse est assurément un délassement pour un psychiatre, ce n'est pas une déviation de son activité professionnelle, la connaissance des différents milieux ne pouvant que faciliter la discrimination du morbide et du normal dans la conduite des individus. L'exposé de ces recherches n'est donc pas déplacé dans une revue médicopsychologique.

Ce qui serait injustifié, serait la prétention d'avoir certainement trouvé ces caractères dans l'interprétation des réactions que l'on a eues, devant les accidents et les incidents d'un voyage de

quelques jours. Tant de facteurs étrangers à l'objet ainsi considéré interviennent dans l'impression qu'on emporte de lui, qu'il est impossible de garantir la conformité de celle-ci avec la réalité.

C'est donc sans la moindre visée dogmatique qu'ont été rédigés sur le pays et les villes, les mœurs et l'organisation psychiatrique, ces souvenirs d'une course, beaucoup trop rapide, hélas, à travers l'éblouissante Espagne.

I. PAYS ET VILLES

PROVINCES BASQUES ET NAVARRE. — Sentinelles hostiles, les Pyrénées espagnoles, bardées de rochers, plastronnées de forêts, balafrées de cascades, bazanées de soleil, ridées de ravins, rebutent et attirent l'étranger. Le long des routes ensoleillées se déplacent, avec la précautionneuse lenteur des lourds bœufs qui les traînent, d'antiques chariots aux roues pleines. Les bêtes ont le frileux accoutrement de nos élégantes l'été, avec la fourrure d'une peau de mouton sur les cornes et le fourreau bis, rayé de bleu, d'une toile qui les enveloppe de la tête à la queue. Les bouviers, la veste pendue sur l'épaule, le béret noir sur l'oreille et les sandales blanches aux pieds, obéissent à une mode moins paradoxalement fantaisiste pour s'habiller.

Du fond des gorges sinistres, où les échos de l'olifant des preux et du chant des pèlerins de Compostelle ne se sont pas encore endormis, montent parfois les stridentes vocalises de l'irrinzina sauvage qu'arrachent au Basque les frustes émotions de sa vie pastorale. La brise y répond en exhalant le parfum des fleurs qui embaumait

l'aurore au réveil de la belle Aude lorsqu'elle vint, d'après Francis Jammes, à la rencontre de son fiancé, le paladin Roland.

Les fermes allongeant plus que l'autre l'une des deux pentes du toit, posent sur le versant des prairies la blancheur de leur crépissure que tuiles et volets éclaboussent de rouge. Elles se rassemblent en villages autour de l'église qui, au milieu du cimetière, offre aux morts sa façade en fronton de pelote pour jouer, et, aux vivants, le baldaquin épais de son porche pour s'abriter.

Plus on s'éloigne de la douce France et plus la sécheresse rongeant la terre, déshydratant l'air, dégraissant les êtres, envahit et durcit tout.

Pampelune. — De loin, escarpée et terreuse dans l'évasement en cirque de la vallée d'un gave souvent tari ; de près, gonflée de citadelles, de couvents, d'églises et d'arènes ; dedans, tressée de ruelles ou de rues à balcons vitrés ; fière de sa place à arcades et des ombrages de ses nouvelles avenues ; gardant à l'intérieur d'une cathédrale Renaissance un trésor d'orfèvrerie et des trophées mauresques ; prosternant des cireurs de bottes sous les tables des cafés, elle rassemble tous les caractères de la cité ibérique.

Pampelune, la navarraise, est le boulevard septentrional de la civilisation espagnole.

Saint-Sébastien. — Faucille d'albâtre tombée de l'azur céleste, dans l'azur marin au bas de monts abrupts, le long de l'estuaire d'un fleuve, elle est la plus mondaine des plages. L'aristocratie vient de toutes les provinces se pavanner sur son sable, entre le jalon blanc du Palais Royal et le jalon jaune de la Prison, ou danser dans les salles de ses casinos.

Les foules pieuses de Lourdes accourent l'y contempler, avant de regagner les quatre coins du monde. Puis, après avoir bu du chocolat à la cannelle dans les pâtisseries, assisté avec horreur au massacre de six taureaux et à l'étripage de six chevaux dans le cirque, gagné un torticolis à regarder jouer des pelotaris et prié dans les églises devant les statues de la Vierge habillées, elles repartent convaincues d'avoir pénétré tout le mystère de l'Espagne.

Saint-Sébastien, la basquaise, est le boudoir nautique de l'élégance espagnole.



CASTILLES ET LÉON. — Larges, longues, interminables et monotones en toutes saisons, les Castilles aveuglent le regard à leur poudreuse aridité en été; elles l'enlisent dans la mouvante moisson qui les verdit au printemps et les jaunit en été. A la fois plates et bosselées, brûlantes le jour et glaciales la nuit, elles concilient les incommodités contradictoires de la plaine et de la montagne.

Sur la piste magnifique de leur grande route, on roule à cent à l'heure pendant toute la matinée sans avancer, sans sortir du même décor, sans découvrir d'autres arbres que ceux qui bordent l'asphalte, sans échapper au mal de mer du tournoiement des céréales, sans contourner le repli aperçu à l'horizon.

De loin en loin, et presque toujours en recul, les arêtes cubiques d'un hameau ou d'un bourg décoloré se dessinent, auprès de celles d'une église dont les rares fenêtres sont minuscules. Le parapet massif d'un pont romain signale quelque torrent sans profondeur et sans eau.

Secs comme Don Quichotte ou gros comme Pança, mais tenant un anachronique parapluie sous

le bras, des cavaliers passent au galop, tandis que des bourriquots s'attardent en trottinant, à jongler avec la charge de colis et de femme qu'ils portent sur le dos. Près d'eux, le chemin de fer rampe avec une si prudente lenteur que la barrière des passages à niveau reste toujours ouverte.

Dans les villages que l'on traverse, des marmots de tous âges font la haie pour vous voir passer. De tous côtés pullulent des cochons noirs. Souvent on doit stationner devant le cortège exigeant d'une corrida ou d'une procession, car nombreuses sont là-bas les fêtes chômées.

Cet aspect des Castilles est également celui du Léon.

Burgos. — La cathédrale, hérissonnant sa carapace de multiples dards, tient la ville resserrée contre elle. Plus haut, la citadelle scrute les alentours. Plus bas, au ras du torrent, des rois et des magistrats de pierre debout sous les ombrages d'une promenade ou nichés sur un arc de triomphe accueillent sévèrement l'étranger. Le Palais des Connétables a, dans la régularité de ses moellons, une rigidité martiale qu'égayent à peine les fleurons de ses créneaux et la sculpture de ses balcons. Raides également, sont les rues peu larges, où le nombre des bourreliers indique celui des mules.

Aux jaillissements coutumiers à la toiture gothique, la cathédrale ajoute ceux de deux couronnes à huit pointes qui surmontent la croisée et la chapelle postabsidiale. L'intérieur est un flamboiement de décos. Sous la grande nef, le chœur aligne entre ses galandages les boiseries burinées de ses stalles. Des rétables hissent jusqu'au plafond des personnages de toutes couleurs ; des statues de

marbre surgissent ça et là dans leur éclatante blancheur ; des tombeaux étaient des gisants couverts de marmoréennes broderies ; des calvaires géants dressent leurs supplices au-dessus des autels ; le fer forgé des grilles, le chatoiement des étoffes, la peinture des tableaux fulgurent de tous côtés. Et néanmoins, c'est vers le haut que montent sans cesse les regards aspirés par la cheminée de l'octogone, qui verse la lumière au milieu du transept, après l'avoir brisée au merveilleux fouillis des ciselures et des sculptures de ses parois. — La Chartreuse de Miraflores, dont la jaunâtre enceinte se profile à quelques kilomètres de là sur un bossellement de la campagne est une autre cassette de la même espèce dont les splendeurs artistiques rivalisent avec les précédentes.

L'âpreté, l'avarice et la sécheresse de la nature catillane se perçoivent avec plus de violence quand on sort de ces musées où l'homme accumula tant de richesses et façonna tant de beauté. On ressent comme une hostilité, la sévérité de cette patrie du Cid, querelleur, batailleur et parjure. Et l'on est étreint par la dureté d'un climat où un enfer de trois mois succède à un hiver de trois mois.

Burgos est la méfiante guérite qui surveille l'entrée du trésor espagnol.

Madrid. — Sur l'ondulation de hauts plateaux arides, elle flotte, laissant choir sur la chaussée pierreuse du Manzanares le pan vert de son parc, érigéant comme des temples dans la nue, d'imposantes structures à destination prosaïquement profane.

En effet, la cathédrale de ce royaume très chrétien, n'a encore que la carcasse et pas de toit ; les

églises n'y sont pas plus grandes que des chapelles ; tandis que les banques, les comptoirs, les hôtels, superposant plus de dix étages, projettent dans le ciel des aigles, des génies, des louves, des sphères de cuivre ou de bronze.

Au cœur même de la ville, où s'éventer est le geste national, la place du Soleil et les rues qui y convergent dessinent un éventail. La foule et les tramways y grouillent entre de hautes et banales maisons. Et depuis le milieu du jour jusqu'à la fin de la nuit, les cafés regorgent de flâneurs.

Près de là, une poussée soudaine de gratte-ciel vertigineux et d'avenues à largeur démesurée a bouleversé tout un quartier. Par contre, la place de la Constitution a gardé, dans le décor de ses arcades et de ses balcons, la patine des solennités mystico-sadiques de l'autodafé et de la tauromachie d'antan. De même le boulevard du Prado, plafonné du feuillage de ses allées, ayant pour paravents les façades de riches hôtels, et pour consoles les fontaines de Cybèle et d'Apollon, qui se font pendant, est resté le salon de plein air d'autrefois.

Et dans la cour d'honneur du Palais Royal, la relève de la garde à midi est toujours la plus brillante parade à voir. Entre les ailes de ce palais de granit et de marbre, aux lignes si sobres, sous la nappe brûlante qui tombe du ciel, évoluent, avec une alerte élégance, cavaliers bleus sur montures grises et cavaliers rouges sur montures alezanes. Puis, derrière eux, des fantassins catatoniques défilent avec la lenteur rythmée d'une procession embourbée. Des caissons d'artillerie roulent à la même cadence. Aucun homme ne titube, aucun cheval ne bronche, aucune voiture ne grince. Aucun uniforme

ne se décolore, aucune goutte de sueur ne perle malgré la chaleur éclatante.

C'est là presque tout ce qui survit des piquants spectacles qui charmèrent Théophile Gautier. La vulgarité européenne du vêtement, l'affairement anglo-saxon de la rue, la raideur germanique de certaines attitudes militaires, l'américanisation des nouvelles constructions refoulent chaque jour le pittoresque local.

Madrid, c'est l'avant-garde fringante du modernisme espagnol.

L'Escurial. — La svelte pâleur de sa haute coupole et de ses clochetons, aperçue de très loin et de très bas, se fond dans la diaprure banale des arbres, des récoltes, des maisons d'un gros village. Et l'on s'approche avec déception des lieux où le plus puissant monarque des siècles de foi prétendit éléver un monument au néant des vanités humaines. Mais, après l'avoir visité, qu'on reste face à face avec lui! Toutes les adjonctions déplorables dues à l'incompréhension ou au mercantilisme des successeurs du mystique architecte s'évanouissent et l'œuvre apparaît dans la majesté même de sa conception.

L'âme en est l'église dont les quatre nefs en croix s'arrêtent sous la coupole : l'une d'elles s'ouvre en façade dans une cour vers la montagne ; celle qui lui est opposée se termine en servant de paroi antérieure à l'habitation royale qui remplace l'abside, les deux autres formant transept sont closes à l'extérieur par un mur à fronton.

L'aspect général est donc celui-ci. Un palais sévère, couronné d'un dôme pour loger la divinité. Directement accolé derrière lui, pour loger la royauté, un appentis à quatre pans, sans entrée,

presque sans fenêtre, scellé sur la vallée, c'est-à-dire sur le monde, par une dalle de tombeau. Des bâtiments à 3 étages, pour loger l'humanité, partent des deux côtés de l'appentis et limitent l'immense quadrilatère de l'enceinte dans laquelle ils entrecroisent des travées perpendiculaires. L'ensemble est celui d'un grill dont le manche tronqué est la maison princière.

La façade du palais divin dresse, dans une étroite cour, son péristyle dorique ; quatre hautes statues de rois bibliques la surmontent sur des piédestaux, elles-mêmes dominées à l'arrière par le triangle du fronton. Elle est encadrée de deux tours carrées, qui élèvent plus haut qu'elle leurs clochetons.

Le parvis étend partout son dur pavé.

Un sentiment d'angoisse vous étreint dans cet étroit préau, où tout est granitique grisaille, sauf en l'air la blancheur défaillante des quatre visages et des huit mains de marbre et la dorure des couronnes et des sceptres.

Cette étreinte se relâche dans l'ampleur grandiose de l'intérieur de l'église. Mais le sentiment religieux ne vient pas au milieu de tant de clarté et de tant de peintures, malgré le nombre des saintes tables et des tabernacles. Dans la nef absidiale, de chaque côté du maître-autel, une estrade de marbre noir expose les statues dorées d'une famille en prière ; à droite, celle de Charles-Quint ; à gauche, celle de Philippe II agenouillé entre trois de ses épouses. Dans la nef, au-dessus de l'entrée, est la vaste tribune du chœur où le monarque mêlé aux moines assistait aux offices.

Au-dessous du maître-autel, au seuil même du

logement royal, est la crypte du Panthéon où, dans une galerie inondée de lumière, sont superposées les tombes à poignées d'or des souverains. Sur la paroi réfléchissante de l'escalier qui y conduit, chacun voit son ombre descendre avec lui au funèbre séjour, et, par la puanteur croissante du Putridero, où pourrissent les cadavres avant d'être inhumés, sent à chaque marche qu'il s'enfonce vers la mort.

Ineffaçable est le souvenir que l'on emporte de cette visite. L'Escurial a la nudité de la caserne, la sévérité du cloître, la tristesse du cimetière, mais avec une ampleur des lignes, un équilibre des masses, une harmonie de grisaille, une puissance d'assises qui l'empreignent de majesté. Considéré seul, au flanc du cirque aride qui était jadis son décor, il exprime avec évidence le renoncement aux vanités de la grandeur terrestre, mais sans le reniement de ses devoirs.

La recrue qui vient faire l'exercice dans ce quartier est le chef des plus grandes armées. Le moine qui bâtit là sa cellule a pour mission d'extirper l'hérésie sur l'ancien monde et de christianiser le nouveau. Et pour poussière qu'elle soit, comme les autres, la cendre de ceux que Dieu choisit pour commander, ne saurait, sans sacrilège, être recueillie dans la même urne banale que la cendre de ceux qu'il créa pour obéir.

L'Escurial est le temple de l holocauste de la gloire humaine devant l'immensité divine.

Tolède. — Il faut la découvrir en plein été et à midi, du haut de la diligence rustique qui, au galop tintinnabulant de ses mules grises, y mène en quelques minutes. Au détour d'un remblai, la vue se fracasse soudain contre les roches calcinées de la

brèche abrupte et profonde qui tourne autour de la ville roussie.

Un pont de pierre lance deux arches inégales au-dessus de cette gorge où le Tage enfouit la boucle verte de ses eaux. Sur l'escarpement opposé, maisons, églises, dômes, clochers en minarets, créneaux sarrasins se superposent et se reculent sous la masse de l'Alcazar.

Etroites, tordues, caillouteuses, n'ayant de dallage qu'au milieu, les rues sont des pistes cavalières. Le mulet qui les obstrue de ses couffins, ne peut y faire demi-tour sans se tordre l'échine. A chaque seuil, un anneau pour attacher la bride et une marche pour éléver le vestibule carré dont la porte à claire-voie du fond, laisse admirer la fraîcheur du patio.

Aux rares fenêtres extérieures, une soupçonneuse grille, et dans les quartiers commerçants des miradors au-dessus des enseignes. Partout, entre les bords des toitures, la bande violemment bleue du ciel.

A cette heure, sous l'aveuglement de la lumière, tout se raidit en une silencieuse immobilité. On est seul dehors. La vie s'est évaporée par l'embrace-ment de l'air dont les vibrations sont le seul mouvement qu'on perçoive, comme le battement de vos propres tempes qui ruissellent est le seul bruit qu'on entende.

La forme des objets, le relief des plans, le décrochement des angles se détachent avec une netteté tranchante. Le feuillage des acacias ou des platanes sur les places, dessiné à l'emporte-pièce, ne donne pas plus d'ombre que la flèche des clochers.

Couchés au bas du ravin, dans le Tage, chèvres

et taureaux noirs sont des sculptures de bronze au bord d'une coulée de jade. Les lauriers et les lavandes, clairsemés sur l'à-pic des rives, sont des touffes métalliques piquées sur des scories.

Vainement l'on cherche sous la voûte de la cathédrale et des églises l'apaisement des yeux ; les dorures, les argenteries, les irrigations y éclatent de toutes parts.

L'homme du Nord se sent transporté dans un monde tout à fait inconnu. Il se croit vraiment dans l'empire où « le soleil ne se couche ni jour ni nuit », et il éprouve en lui-même une transformation. L'âme sarrasine qu'il aimera en Andalousie, il commence à la goûter ici en voyant ce qu'elle fit et en méditant les exploits chevaleresques qu'elle y inspira ; d'abord quand, pour la première fois, les Maures accoururent pour punir le ravisseur de la vierge Florinde, surprise au bain ; ensuite quand, quatre siècles plus tard, ils levèrent le siège sans combattre, en apprenant que la reine Bérengère n'avait pas à ses côtés le roi Alphonse pour la défendre.

Tolède, dont l'eau trempe l'acier des épées, est le brasier où l'obstination celtibérique et l'élan arabe d'autrefois se sont soudés pour former l'intrépidité espagnole.

Salamanque. — Elle poudroie de loin, indistincte dans l'atmosphère ensoleillée et ne se fige en formes précises que de très près, car la pierre de ses monuments est plus blonde que l'ambre.

Sœurs siamoises romanogothiques par l'accoulement de leurs nefs, la Vieille et la Nouvelle Cathédrales tiennent dans leur ombre l'Université. Leurs deux dômes, frangés de fines pyramides, la signalent

de loin cependant, comme deux toques magistrales. La lourdeur de ces édifices de la Fortis-Salamanca devient légèreté de dentelle, au niveau de leurs portes, dont les tympans, les linteaux, les ébrasements disparaissent sous les guirlandes, les festons, les sculptures, les ciselures exécutés avec la minutie de l'orfèvrerie.

A quelques centaines de pas de là, les restes de l'abbaye de St-Etienne, où le terrible duc d'Albe, fatigué de victoires et repu de cruautés, vint terminer ses jours, offrent une façade aussi délicatement orfèvrée.

Petites et vieillottes, les maisons interrompent leurs files autour de jardinets à palmiers et boulingrins. Les rues, quoique raboteuses, mènent en quelques enjambées sur la campagne, qui, malgré le filet rougeâtre du Tormès et le profil peu lointain de la Sierra d'Avila, est aussi desséchée que les plateaux castillans.

Par contre, la place Major s'enorgueillit d'être la plus vaste des places à arcades d'Espagne et d'avoir son Hôtel de Ville décoré par Churriguera lui-même.

Paysans, docteurs, commerçants, bacheliers, belles jouant de l'éventail, collégiens, curés, troupeaux s'y coudoient comme au moyen âge, mais hélas, sans la présence de la jeunesse mauresque.

C'est dans ce cadre délicieusement archaïque, à la fois grave et artistique, champêtre et citadin, que s'affine l'élite intellectuelle du pays.

Salamanque, dans le Léon, est le foyer de la culture espagnole.

ANDALOUSIE. — C'est, avec beaucoup plus de douceur et un renversement des valeurs, le même mouvement de terrain que la Castille. Les ondula-

tions en sont moins cassantes. La caresse de la verdure, malgré sa rareté, y est plus puissante que l'égratignure de l'immensité épineuse des blés jaunes ; le plumage des oiseaux se pigmente d'un coloris dont la vivacité rappelle celui des espèces exotiques. Mieux creusés et moins desséchés, sont les lits des rivières. Les forêts d'oliviers, sur un terreau plus rose, soulèvent plus haut leurs futaies. Une flore tropicale jaillit en divers bosquets. La lumière est aussi radieuse mais moins brutale. C'est que les cimes éternellement neigeuses de la Sierra méridionale ne cessent jamais de s'égoutter.

Autour des fermes, bêtes et gens répètent les gestes de culture déjà séculaires au temps de Columelle : attelages de mules piétinant en rond les javelles que des hommes, du bout de leur fourche, lancent en l'air.

Le train n'avance pas plus vite, mais les envahisseurs du wagon sont à chaque station plus secs et plus fins d'allure, avec des compagnes plus agréables à regarder et une marmaille toujours aussi piaillante. La ruée des voyageurs sur la cruche de grès des crieurs d'eau, pour boire à la régalaide en payant un sou, incline à la patience.

La rude Castille a produit la sévérité de la reine Blanche, préférant voir son fils mourir que pécher. La douce Andalousie a inspiré les séductions indulgentes des Rosine et des Suzanne de Beaumarchais.

Grenade. — C'est, dans le désert des moissons, un éclatement de verdure, en face d'une chaîne de glaciers. L'amas bariolé de la ville, trace au ras du sol les volutes de l'explosion. Et suspendue au-dessus d'elle, comme le diadème intangible de la puissance déchue, la couronne sanglante des cré-

neaux de l'Alhambra borde le plateau magique, où pendant tout le moyen âge, la vaillance des émirs défendit les splendeurs luxueuses de l'Orient, contre l'avidité barbare des chevaliers de l'Occident.

Cette fameuse « Cité rouge », malgré le délabrement de ses jardins et de ses palais, garde encore la prestigieuse attirance d'autan.

Prisons à l'extérieur, par la rébarbative nudité des parois, les habitations cachent à l'intérieur le voluptueux confort, la décoration exquise, la fraîcheur parfumée et la clarté d'un paradis.

Chacune se dispose autour d'un jardin ensoleillé qu'une galerie à fines colonnettes et à arcades surhaussées encadre d'une découverte d'ombre. Au premier étage, court parfois la même découverte. Et les toits, dont une légère coupole en moitié d'orange renfle le milieu, inclinent pour y verser la pluie la pente de leurs tuiles sur les parterres.

Le jardin est bruissant de feuillages, ouaté de gazon, tacheté de fleurs et résonnant de ramages. Le citronnier et l'oranger l'embaument, le palmier l'évente, le cèdre et le cyprès le protègent, et l'eau l'enchanté de ses fantaisies les moins tumultueuses et les plus caressantes. Tantôt elle étale son sommeil dans un lit à panneaux de marbre et à rideaux de myrtes ; tantôt elle danse au-dessus d'un miroir ; ici elle déploie sa chevelure sur les gradins d'une vasque ; là elle lance des banderolles le long d'une allée d'arbisseaux ; ailleurs, elle soupire au pied d'un grenadier ou roucoule invisible parmi les mousses et les lauriers.

Les chambres ouvrent sur la galerie leurs portes à linteaux arqués. Les unes sont des ruches de

mosaïques avec un gaufrage de blanches alvéoles au plafond. Dans d'autres, qu'un dôme à tambour vitré surmonte, tombe la lumière glauque d'un antre sous-marin. Certaines ont des renflements d'alcôve pour se blottir, des évasements de meurtrières terminés par le double cintre de l'ajimenez pour regarder dehors sans être vu, des niches de marbre pour rafraîchir les boissons. Dans toutes, une stupéfiante tapisserie en céramique d'entre-lacs, d'arabesques, de rinceaux, de torsades et de figures géométriques de toutes sortes.

Et, hommage de la nature envers l'art des humains, cette architecture orientale a pour soubsassement, dans le parc qui dévale la colline, une forêt magnifique réunissant les arbres des plus splendides essences du septentrion.

Du haut des remparts vermeils, on voit disparaître au loin, dans les dunes de céréales, la frange de verdure qui entoure Grenade. De là aussi, pendant la lente agonie du soleil, qui empourpre les glaciers, on entend par-dessus les rumeurs indistinctes de la ville crépusculaire, monter et éclater, avec la netteté d'un bruit écouté dans le silence, les sonorités fugitives les plus variées : un cri de femme, le claquement d'une porte, le lambeau d'une phrase, la trompe d'un tramway, le rire d'un enfant.

Quant à la ville moderne, elle a sur les pentes de son faubourg de l'Albaycin, où poussent les cactus, le pullulement pouilleux de la gent bien surfaite des gitanes ; et, dans son quartier du centre, l'animation et la couleur de Séville.

Mais les pillards d'Isabelle saccagèrent à jamais cet enivrant séjour. Derrière eux, les jets d'eau se

tarirent et les torches de l'Inquisition s'allumèrent. La fumée des bûchers succéda dans la campagne au flottement du turban des escadrons. Et, dans les piscines désolées, le scintillement muet des étoiles remplaça pour toujours le frissonnement jaseur des sultanes.

Grenade est l'oasis enchantée où jaillit la source intarissable du charme espagnol.

Séville. — Quand on y arrive de Grenade pendant les journées de la Fête-Dieu, c'est le refuge de la volupté discrète que l'on quitte, pour le bazar des réjouissances publiques. La route, à travers les blés, se jalonne à son approche des hampes phalliques de l'aloès en fleurs. Dénormes garderies de taureaux en plein air promettent d'inépuisables ivresses dans l'arène.

De très loin, le tourbillonnement d'une danseuse d'or sur la Giralda, fascine tous les yeux. Et le tintamarre joyeux qui déborde de la ville pendant la nuit dirige vers elle toutes les oreilles.

Les rues sans largeur, dallées de marbre blanc, plafonnées de stores bis, encadrées de maisons à teintes vives, sont des couloirs multicolores et résonnantes où grouillent tapageusement les êtres et les choses. La ville entière est une fourmilière stridente où, sans se gêner mutuellement, flânenent les promeneurs, glissent les tramways, s'asseyent les buveurs, s'agenouillent les cireurs, galopent les picadors, rouent les carrosses, circulent dans un étincellement de jarres les vendeurs d'eau, jouent les gamins, piaffent les jolies filles casquées d'écailler, drapées de châles, armées d'éventails et rôdent les noirs curés sous un pelucheux chapeau. Des cris, des chants, des claquements de casta-

gnettes, des tintements de grelots, des bourdonnements de cloche, des ronronnements de moteurs, des rires, des mugissements de trompe, des beuglements de klakson, des hourvaris de fanfares, des crissements de roues entre les rails, et par-dessus tout cet assourdissant fracas, le coassement de l' « aqua, aqua » des vendeurs d'eau.

Chaque maison, par-delà le vestibule sombre où monte l'escalier, s'illumine de la douce clarté du patio, vaste puits d'air dont une grille ouvrageée ferme l'entrée. La margelle en est fermée au ras des gouttières par un voile qui filtre la lumière et retient la chaleur. Au milieu du sol, s'échafaudent des jardinières pleines de fleurs, autour d'une gerbe d'eau qui les saupoudre de sa rosée. Ça et là des plantes et des arbustes éparpillent leurs branches derrière des chaises, des fauteuils, des guéridons. Les murs se creusent parfois en galerie avant d'ouvrir leurs portes et fenêtres sur cette cour-salon.

Des palais Renaissance, aux parements ciselés, des églises à coupole revêtues du camaïeu en faïence de l'azuléjo ; des places sablées d'or sous le panache des dattiers ; des avenues vastes, ombragées et fleuries avec la luxuriance des lianes dans la forêt-vierge. Mais toutes ces images somptueuses sont éteintes par l'apparition de la forteresse en rectangle gris, enchevêtrée de pinacles et balustrades, d'où se dresse la Giralda. Ce minaret solide et carré, moucheté de briques, gravé d'arabesques et ajouré d'ajimenez, supporte une lanterne à trois étages classiques dont le dôme sert de tremplin à la statue d'or de la Foi. C'est là le clocher de la cathédrale, dont la forme disparaît

dans un encagement entre la cour de l'ancienne mosquée et d'autres bâtiments religieux. Sous ses voûtes plus hautes que le faîte des autres cathédrales, la foule se presse autour des autels, dans les cryptes et les chapelles sans plus de respect que sous le hangar d'une foire.

Le Guadalquivir coule sans beaucoup de bruit, à l'écart, regrettant, malgré les gros vapeurs de son port et la turbulente animation du faubourg de Triana qui borde sa rive gauche, le temps des caravelles qui débarquaient ici toutes les merveilles du nouveau monde. Mais les refrains de danse, les acclamations tauromachiques, l'allégresse de tous les fêtards venus de l'étranger et l'étincellement du présent effacent les souvenirs de ce qui n'est plus.

Séville est le caravansérail étourdissant des plaisirs de l'Espagne.

Cordoue. — Blanches et basses comme des tentes piquées au long de la berge poudreuse d'un fleuve limoneux, ses maisons montent la garde autour des murailles grises d'une mosquée sans coupole et à minaret sans hauteur. A l'arrière-plan, les pentes de la Sierra unissent la toile bleue du ciel à la toison jaune de la terre. Perdus dans ce campement, et les premiers presque toujours en ruine, un arc de triomphe romain, les merlons et les fleurons d'une porte sarrasine, la croix d'une église affichent les insignes des trois civilisations qui se succédèrent ici.

La mosquée, quoique baptisée cathédrale et mutilée, garde encore l'empreinte figée des siècles du califat glorieux, alors que fleurissaient les arts, le commerce et les sciences, alors que la première

école de médecine d'Europe était fondée ici et que la voix des muezzins tombait de plus de 600 minarets. Son enclos rectangulaire comprend une cour plantée d'orangers et un temple planté de colonnes trapues reliées entre elles par des arcs en fer à cheval qui supportent le plafond. Les rangées des troncs d'arbre se continuaient jadis par celles des troncs de pierre, aucune cloison ne fermant le temple sur la cour. Dix-neuf allées d'arceaux, longues et basses, invitant à l'agenouillement, s'allongent côté à côté, la plus large aboutissant dans la direction de la Mecque à la chapelle octogonale du mihrab. Les mahométans fidèles ont usé de leurs genoux les dalles et de leurs lèvres et de leurs mains le marbre, le porphyre et le jade des colonnes. Le chancre phagédénique du fanatisme clérical, détruisant trente travées et crevant le toit, édifia une église Renaissance au milieu de cette forêt mauresque.

Les rues filent minces, dures, brûlantes, entre la double embuscade de ravissants patios au fond de sombres vestibules. Et la population villageoise circule paisiblement, aussi indifférente aux morsures de la chaleur actuelle qu'aux vestiges de la grandeur d'autrefois.

Cordoue est le sépulcre blanchi de la splendeur passée de l'Espagne.

Apreté, violence, sécheresse et fécondité, rudesse et langueur, clarté brûlante et obscurité glaciale, fracas, éclats, entrain et nonchalance, tel est le contradictoire mélange d'impressions que l'on emporte des villes et du pays.

Paul COURBON.

Revue Critique

SYNDROMES ANORMAUX AU COURS DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE

Par le Dr G. HALBERSTADT

Médecin des Asiles

La psychose maniaco-dépressive peut être considérée comme une entité nosologique suffisamment différenciée. Sa symptomatologie est bien connue à l'heure actuelle et l'accord est fait sur les manifestations cliniques principales : états maniaques, mélancoliques et mixtes. Mais il existe, dans cette maladie, en dehors des symptômes et des formes cliniques classiques admis par tout le monde, toute une symptomatologie anormale qu'il importe de connaître. Les symptômes insolites au cours de la folie intermittente ne sont pas exceptionnels, ils présentent des modalités variables et peuvent rendre le diagnostic difficile dans bien des cas. C'est à leur étude que nous avons consacré le présent travail. Nous en éliminerons toutefois ceux qui se présentent à l'état isolé et qui, par là même, ne peuvent induire en erreur. En d'autres termes, ce que nous avons en vue ici ce sont des syndromes entiers qui peuvent faire hésiter ou égarer le clinicien le mieux averti. On se rappellera que seule la marche de la maladie vaut pour le diagnostic définitif. Ces paroles de Falret resteront éternellement vraies : « Ce sont ces types naturels, ces espèces distinctes ayant leurs caractères propres, un ensemble de symp-

tômes spéciaux, et surtout une marche particulière susceptible d'être décrite et prévue à l'avance, qu'il faut s'appliquer à rechercher et à découvrir parmi les aliénés, pour en faire la base d'une classification vraiment naturelle. »

SYNDROMES SCHIZOPHRÉNIQUES

Ainsi que l'a fait récemment observer Wildermuth, le débat sur les cas limites (psychose maniaco-dépressive ou démence précoce) dure depuis de longues années et n'est pas encore épousé. Tout le monde sait en effet que Kræpelin lui-même reconnaissait l'extrême difficulté du diagnostic dans certains cas et ne surestimaît pas la valeur des symptômes dits « catatoniques ». L'« ataxie intrapsychique » de Stransky avait, d'après lui, une signification autrement décisive mais n'était pas toujours facile à mettre en évidence. Et Trénel, en 1912, tout en estimant que démence précoce et folie périodique paraissaient être des espèces nosologiques « entièrement étrangères l'une à l'autre » ajoutait que ceci n'était vrai que pour les cas-types. On trouve du reste l'écho de ces préoccupations dans la *Revue Générale de Homburger* (1911) qui cite notamment l'opinion déjà assez ancienne de Wilmanns (1907), d'après lequel on peut rencontrer au cours d'un accès maniaco-dépressif des symptômes d'ordre catatonique, mais qui sont essentiellement passagers. Signalons enfin, parmi les publications d'avant-guerre, celle d'Urstein (1912), qui soutient la théorie suivante : la psychose maniaco-dépressive, telle du moins que la conçoit l'école de Kræpelin, ne constitue pas une entité morbide bien définie, elle n'est parfois qu'une forme de la démence précoce. Nous avons rendu compte de ce travail dans une autre revue et avons essayé de montrer que l'auteur a confondu avec la psychose périodique, cette variété de la schizophrénie, qui évolue sous une forme circulaire, intermittente ou à poussées successives. De tels cas ne sont pas rares, tout le monde le sait, mais ils ne rentrent pas dans le cadre du

présent travail. Mais il n'est pas inutile de marquer au passage toute la complexité du problème à résoudre tel qu'il se pose au lit du malade : psychose périodique avec symptômes schizophréniques épisodiques et passagers, ou au contraire schizophrénie évoluant comme une folie intermittente. Les difficultés sont parfois insurmontables, et il faut avoir la patience d'attendre que la marche de la maladie donne la solution exacte.

La question qui nous occupe a été traitée depuis la guerre par plusieurs auteurs. En 1919 Rehm décrivit la « forme catatonique » de la folie intermittente. Il s'agit d'un petit groupe de cas (trois pour cent environ) dont voici les principales caractéristiques : début en général dans la jeunesse ; fréquence d'états stuporeux ; évolution nettement circulaire fréquente ; fréquence d'états mixtes et aussi confusionnels ; importance de troubles moteurs ; absence de négativisme. Ce fut Lange qui, de tous les auteurs, s'est occupé le plus de la question que nous traitons dans le présent chapitre. En 1922, il a consacré un livre spécial à l'étude « des phénomènes catatoniques dans le cadre des affections maniaques ». En 1928, il est revenu sur le même sujet dans l'article du Traité de Bumke consacré à la psychose maniaco-dépressive en général. Nous croyons utile de résumer ici les principales conclusions auxquelles il est arrivé.

La fréquence de ces phénomènes est relativement grande, et on peut observer toutes les variétés de symptômes schizophréniques. Par ordre décroissant de fréquence, on les observe dans les états mixtes, maniaques et même mélancoliques. Quant à l'âge, il s'agit plutôt de sujets jeunes ou bien d'un âge avancé : l'âge moyen reste par conséquent relativement indemne de ces complications. L'alcoolisme, la débilité mentale constituent des facteurs prédisposants, de même que les états confusionnels. Lange s'arrête assez longuement à examiner l'influence de la prédisposition héréditaire ainsi que de la constitution somatique. Pour ce qui concerne le premier élément, la chose ne paraît pas douteuse quand il s'agit d'hérité schizophrénique. Pour ce qui est de la constitution, l'importance des types « asthénique » et « athlétique » par opposition

au type « pyknique » est admise comme facteur favorisant l'apparition des symptômes schizophréniques par les partisans de Kretschmer tels que Mauz. Mais ses adversaires ne partagent pas cet avis (Jacobi et Kolle). Lange reste sceptique et adopte une opinion éclectique, intermédiaire entre les deux extrêmes. Ce qui est moins problématique peut-être, c'est le rôle joué par le caractère antérieur du sujet qui présente quelquefois des traits schizoïdes.

Après avoir donné un aperçu général de la question nous croyons utile de nous arrêter sur quelques points particuliers. Et tout d'abord, il nous paraît intéressant de citer quelques observations et remarques caractéristiques. C'est ainsi que Pfersdorff a parlé dès avant-guerre des stéréotypies dans la psychose maniaco-dépressive. Mile Bouderlique a présenté à la Société Clinique une malade fort intéressante qui, tout en étant une maniaque, présentait entre autres les symptômes suivants : stéréotypies, négativisme, suggestibilité, paramimie, désintérêt. Truelle est revenu ultérieurement sur cette même malade et l'a qualifiée de « débile intermittente ». Dans la discussion qui s'est engagée sur ce sujet, Séglas a émis l'opinion qu'il pouvait y avoir des cas « intermédiaires » entre la démence précoce et la folie périodique. On sait que ses idées ont été récemment reprises et développées avec beaucoup de talent par Deron. A la Société Médico-Psychologique, Leroy et Montassut firent connaître un cas de même genre dans lequel prédominaient les phénomènes stuporeux. Citons enfin les publications de Smith et de Melsom, traitant de l'enchevêtement de symptômes schizophréniques et maniaco-dépressifs et aussi celle de Jelgersma : dans le cas de ce dernier auteur, on notait des stéréotypies motrices rappelant les mouvements athétosiques. Un fait bien connu est que les phénomènes de la série schizophrénique s'observent plutôt dans les états mixtes que dans la manie ou la mélancolie pures. C'est ainsi que Weygandt cité par Antheaume conseillait déjà de ne pas prendre une manie improductive pour une démence précoce. Nous-même, avons publié une observation de stupeur maniaque avec stéréotypies,

Il nous paraît intéressant de nous arrêter sur les explications qu'on a données de cette présence de symptômes schizophréniques au cours de la folie périodique. Capgras et Paul Abély, à propos de deux malades présentés à la Société Clinique et chez lesquels on notait entre autres signes un degré accentué de maniérisme, se demandent si dans les cas de ce genre il ne s'agit pas de sujets dégénérés au sens que donnait à ce terme Magnan. Et Capgras déclare : « que ce déséquilibre ait pour effet de déformer les syndromes, personne ne le conteste depuis que Magnan l'a si solidement établi, mais ces déformations, ces anomalies des manies ou des mélancoliés dégénératives, nous les prenons parfois aujourd'hui pour des discordances démentielles ». Une opinion analogue vient d'être émise dans la récente Revue générale de G. Ewald. Dès avant la guerre, la possibilité d'une association de deux psychoses en question a été envisagée comme une hypothèse plausible. Bleuler l'avait déjà émise et Courbon l'avait également soutenue. Pour notre part, nous y sommes toujours resté hostile et nous n'avons pas changé d'opinion. Nous avons fait remarquer en 1913 que les psychoses combinées étaient excessivement rares et qu'on ne trouvait dans toute l'œuvre de Magnan aucun exemple d'une coexistence chez le même malade d'une folie intermitente et d'une démence précoce. (Kræpelin non plus n'en cite pas un seul exemple). Mais depuis quelques années se multiplient au contraire les travaux tendant à prouver qu'une telle combinaison est très possible sinon fréquente et on l'explique en général par la présence chez le même individu d'une double tare héréditaire plus ou moins accentuée. A ce point de vue, une opinion qui mérite d'être rapportée est celle de Gaupp. Cet auteur qui autrefois (1903) s'était déclaré hostile à cette hypothèse s'y rallie au contraire maintenant (1925). On peut également citer : Klienebergér, Von Holst, Herz. Certains vont encore plus loin et admettent le passage d'une affection dans une autre (Hoffmann, Ossipoff). L'importance de la prédisposition dont il a déjà été question s'affirme surtout dans certaines psychoses familiales. Contrairement à Boven qui considère

la possibilité de juxtaposition de deux psychoses chez le même sujet sans qu'il en résulte une maladie nouvelle (Muller), Bouman pense que dans certains cas de maladie mentale familiale, la combinaison psychose maniaco-dépressive et démence précoce forme une espèce nosologique particulière.

SYNDROMES DÉLIRANTS

La question des rapports de la psychose maniaco-dépressive avec la paranoïa et les états délirants en général est des plus controversée. La seule voie à suivre pour l'éclaircir est d'étudier séparément les différentes modalités cliniques qui se présentent et non pas de les englober toutes dans une étude d'ensemble. De ces modalités nous en voyons trois principales : la présence dans certaines psychoses d'interprétation et de revendication d'un élément maniaqué ; — la coexistence d'une psychose délirante systématisée et d'une sorte de folie circulaire ; — l'apparition au cours d'une psychose maniaco-dépressive de véritables « phases délirantes ».

Ce fut Specht qui attira le premier l'attention sur l'importance du facteur excitation intellectuelle dans la symptomatologie de certains délires systématisés, plus particulièrement des délires de revendication. On trouvera l'exposé de ses idées dans la thèse de Bessière. Il s'agit en substance de ce fait que certains troubles du caractère et du tempérament ne sont pas étrangers à l'éclosion des psychoses délirantes. Or, parmi ces troubles, on en rencontre qui dépendent avant tout d'une sorte d'état maniaque ou submaniaque chronique. Ainsi, la prédisposition paranoïaque se trouve associée à la prédisposition maniaque. Specht a trop élargi sa conception et nous verrons tout à l'heure qu'il rencontre actuellement beaucoup d'adversaires. Mais dans certains cas, l'interdépendance de ces deux éléments n'est pas niable. C'est ainsi que Bumke (cité par Lange) fait observer que le maniaque, de par son tempérament, entre en conflit avec l'ambiance et interprète comme un

délirant les échecs qu'il est appelé à subir. Il devient ainsi facilement un persécuté persécuteur. Tout récemment encore Wiersma a montré combien grande est l'influence des troubles de l'humeur sur l'apparition des idées délirantes. Tout clinicien averti connaît ces faits. Mais il n'en est pas moins vrai que le rattachement de tous ces troubles sans exception, si fréquents chez les psychopathes et les aliénés en général, à la psychose maniaco-dépressive, paraît abusif. C'est ainsi que Kræpelin indique que l'excitation du maniaque englobe les points les plus divers, tandis que le persécuté est plutôt monoïdérique ; d'autre part, ce dernier n'est jamais aussi gai et exubérant que l'intermittent ; et enfin, son humeur n'est pas soumise à des changements brusques et inexplicables. Ewald adopte une opinion intermédiaire entre celle de Specht et celle de Kræpelin. Elève de Kleist, il élargit beaucoup le cadre de la dégénérescence et y fait entrer la psychose maniaco-dépressive comme une forme particulière de déséquilibre. Stransky se prononce catégoriquement contre Specht. Lange est également défavorable à cette hypothèse.

Nous devons passer maintenant à un second groupe de faits. Nous venons de parler de délires évoluant chez des sujets en état d'excitation intellectuelle plus ou moins prononcée. Il s'agit ici, au contraire, d'une sorte d'association entre une psychose systématisée et une folie circulaire. Masselon avait attiré l'attention sur ces formes morbides dès 1912 et les avait considérées comme des « psychoses associées ». La même année a paru une publication de Trénel concernant une malade âgée de 47 ans, et dont l'auteur résume l'observation dans les termes suivants : « Le fait saillant est, d'une part, la succession d'une phase mélancolique et d'une phase maniaque constituant un cycle circulaire unique il est vrai, mais net à ce point que, depuis 1909 où la phase maniaque a débuté, nous nous attendons à voir réapparaître un nouvel accès mélancolique, et nous sommes convaincus qu'il s'en reproduira. D'autre part, nous constatons un véritable délire systématisé ou tout au moins stéréotypé. » Et voici quelle est l'interprétation

que Trénel donne de son cas : « Psychose combinée où, chez une circulaire serait survenu un délire systématisé. » En 1918 paraît un travail d'Eisath intitulé : « Syndrome paranoïde et psychose maniaco-dépressive. » Il est basé sur une observation de délire chronique ressemblant à la paraphrénie systématique, avec symptômes intriqués de psychose maniaco-dépressive. Eisath dit n'avoir trouvé dans la littérature médicale que deux cas analogues : celui de Bartels (1894), et celui de Freyberg (1901). Ces deux auteurs considéraient leurs cas comme des paranoïas terminées par la guérison. Mais pour Eisath, il s'agit de folie intermittente : durée de la maladie dans son cas, 6 ans 1/2 ; dans les deux autres cas, respectivement 3 ans et 5 ans. A noter qu'il s'élève avec vigueur contre l'hypothèse d'une association de deux psychoses différentes ; pour lui, il y a là une forme particulière de psychose maniaco-dépressive, et pas autre chose. Capgras, en 1921, publie une observation de « folie intermittente et délire systématisé chronique ». Il admet la possibilité d'une association de deux maladies mentales différentes, mais fait cependant quelques réserves et déclare notamment : « L'artifice de notre analyse séparant sans doute des phénomènes intimement liés, il serait plus simple d'admettre que cet état psychopathique complexe tire sa morphologie spéciale de la constitution anormale qui l'a engendré et qui colorait déjà de traits atypiques le premier accès maniaqué. » Capgras qualifie cette forme d'« hybride ». Au cours de la discussion qui suivit (Société Clinique), Truelle rapporta un cas analogue remarquable par ce fait que la malade interprétait ses accès d'excitation comme dus à l'action de ses persécuteurs. Il importe de retenir aussi les paroles de Legrain qui rappela l'existence, au cours d'un délire chronique, de « paroxysmes d'excitation ». Nous devons enfin signaler l'observation de Boström (1926), ayant trait à une femme méfiante et « sensitive » atteinte de délire de persécution, mais avec des périodes de relative lucidité. L'auteur considère ce cas comme un délire d'interprétation avec des phénomènes maniaco-dépressifs. Mais Kræpelin ne se rallie pas à cette opinion : il

s'agit, pour lui, d'un cas très obscur qui pourrait être rangé, à la rigueur, dans les psychoses préséniles. Il est opportun de rappeler à ce propos que dans la paranoïa d'involution, il y aurait, d'après Lange, des troubles de l'humeur semblant relever de la psychose maniaco-dépressive, ce qui expliquerait la possibilité de guérison dans ces cas.

Nous devons nous occuper maintenant de l'apparition du délire au cours d'une phase de la folie périodique. Des idées délirantes fugaces sont, ainsi que le fait remarquer Lange, extrêmement fréquentes au cours de cette maladie. C'est d'ailleurs un fait bien connu. Le plus souvent le diagnostic est facile, mais parfois au contraire il est d'une grande difficulté (Wickel), car le délire peut, par sa cohérence et sa persistance, masquer la psychose maniaco-dépressive sous-jacente. Ce sont évidemment ces derniers faits seuls qui doivent retenir notre attention. Ils ne sont pas très fréquents mais ont cependant déjà été étudiés par plusieurs auteurs. On les désignait autrefois sous la dénomination de « paranoïa périodique », mais Kræpelin a fait justice de cette conception et les rattache à la psychose maniaco-dépressive en raison de l'existence constante, dans ces cas, quoique pas toujours apparente, de troubles de l'humeur propres à cette dernière affection. Son élève Lange partage cette manière de voir et estime que jamais les phénomènes délirants n'arrivent à masquer entièrement le fond sous-jacent. Il ne nous paraît cependant pas inutile de nous arrêter sur quelques points particuliers. Citons tout d'abord quelques auteurs ayant publiés des cas intéressants : Monkmoller (1905) qui, avec Pilcz (1901), considère cette forme comme la plus rare des psychoses périodiques (son cas n'est d'ailleurs à notre avis, pas très démonstratif) ; Boege (1908) qui semble vouloir maintenir contre Kræpelin la conception de la paranoïa périodique vraie ; Dubourdieu (1909) dont le travail est inspiré par l'école de Bordeaux ; Condomine (1910) qui défend les idées Kræpelinianes ; Ruoff (1915) ; Blume (1918) ; Laignel-Lavastine et Bourgeois (1927). Nous devons citer également quelques publications

intéressantes par la nature même des idées délirantes énoncées : Meyer puis Gausebeck (idées de jalouse) ; Pfersdorff (délire hypocondriaque) ; Trénel et Livet (syndrome de Cotard) ; Lévy-Valensi et Vinchon (délire d'imagination) ; X. Abély et Bauer (délire de grandeur existant pendant la phase maniaque et se modifiant pendant la phase mélancolique).

On a décrit, chez certains intermittents, des facteurs prédisposants pour l'éclosion des accès délirants. En dehors de la prédisposition générale au délire, circonstance sur laquelle a surtout insisté Ewald mais qui laisse sceptique Lange, il existe des faits plus précis signalés par différents auteurs. C'est ainsi que Lange attache une grande importance à l'âge et dit que dans la grande majorité de ces cas, ces accès éclatent après la quarantaine. L'existence d'un facteur exogène tel que l'alcoolisme, par exemple, peut jouer également un certain rôle. L'influence des facteurs exogènes en général, a été mise en lumière par Seelert. Mais le point de beaucoup le plus important est l'apparition relativement fréquente des délires au cours des états mixtes. Deny connaissait bien cette possibilité et il en a parlé dès 1912 à propos d'une communication de Pierre Kahn à la Société de Psychiatrie, intitulée : « Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque. » Il disait notamment : « On sait, en effet, que les éléments constitutifs des états mixtes sont empruntés à la fois au syndrome maniaque et au syndrome mélancolique. Ce qui, chez le malade de Kahn, ressortit à la manie, c'est son humeur enjouée, joviale et sarcastique, c'est aussi son excitation psychomotrice ; ce qui par contre appartient en propre à la mélancolie, ce sont les idées de nature triste et pénible qu'on est habitué à rencontrer dans ce syndrome et qui ont revêtu, comme cela est fréquent, la forme d'idées de persécution. Cette interprétation convient d'autant mieux au malade de Kahn, que son état d'excitation a été précédé immédiatement d'une phase de dépression, qu'il s'agit en somme d'un accès de folie à double forme et que les idées de persécution que présente actuellement ce malade appartiennent peut-être à la phase de dépression, les différents symptômes

constitutifs de l'un des stades de l'accès ne se transformant pas toujours simultanément en leurs congénères de l'autre stade. C'est ainsi que se trouvent réalisés des tableaux cliniques un peu déconcertants au premier abord ; aussi ne faut-il pas se montrer très surpris si les auteurs, qui en ont observé des exemples, sont restés hésitants, même dans ces derniers temps, sur la place nosologique qu'il convient de leur assigner. » Nous avons tenu à rapporter cette citation car elle montre très exactement le problème. Tout récemment Lange a en effet encore une fois insisté sur ces deux éventualités : état mixte véritable, c'est-à-dire assez durable et donnant en quelque sorte une physionomie spéciale à la maladie ; phase transitoire de passage entre la manie et la mélancolie (ou vice-versa). Or, dans les deux cas, on observe des délires plus ou moins systématisés et pouvant conduire à des erreurs de diagnostic. Signons sur ce même sujet le travail de Meyer qui étudie plus spécialement l'influence psychologique de la méfiance sur l'éclosion de tels délires et considère l'apparition de cette méfiance comme résultant d'une association d'un élément maniaque avec un élément mélancolique. Ewald a développé des considérations analogues.

Nous croyons utile de mentionner ici que certains auteurs tendent à rapprocher les bouffées délirantes des dégénérés, telles que les a jadis décrites Magnan, de la psychose maniaco-dépressive et affirment que celle-ci peut parfois se manifester sous l'aspect d'un délire polymorphe. Nous avons, il y a plusieurs années, exposé ce problème de la « psychose dégénérative aiguë », ici-même, et avons essayé de montrer qu'il s'agit de deux affections essentiellement distinctes. Il nous paraît superflu d'y revenir aujourd'hui.

FORME CONFUSIONNELLE VARIÉTÉS DE KLEIST ET DE POHLISCH

Les intermittents et plus spécialement les maniaques présentent parfois une certaine confusion dans les idées qui peut aller jusqu'à un état confusionnel véritable avec profonde désorientation. Les malades sont alors agités, confus et présentent en même temps des idées délirantes et des hallucinations absolument incohérentes. Kræpelin qui connaissait bien ces cas leur assignait un début plutôt brusque, une marche irrégulière et une terminaison progressive par la guérison ; il y aurait à la fin une amnésie plus ou moins complète pour toute la phase aiguë. Certains auteurs anciens dont l'opinion n'a plus qu'un intérêt historique, identifiaient cette forme avec la confusion mentale périodique. Stransky la range dans ce groupe de maladies qui formeraient une sorte de transition entre la psychose maniaco-dépressive et l'épilepsie. Le groupe renferme plusieurs variétés parmi lesquelles, en dehors de celle dont il vient d'être question, il y a lieu de mentionner surtout celle décrite jadis par Kirn et caractérisée par une extrême agitation et par la courte durée de l'accès. Il est certain du reste qu'on ne saurait appartenir la folie périodique et la névrose comitiale. Ce sont là deux affections essentiellement distinctes et c'est aussi, semble-t-il, la manière de voir de Stransky lui-même. Mais il est possible qu'une hérédité épileptique (voir à ce sujet le travail de Krisch) imprime parfois à la psychose maniaco-dépressive une allure particulière, dans le sens qui vient d'être indiqué.

Lautier a publié sur cette question de la « manie confuse » un travail fort intéressant basé sur plusieurs observations personnelles. Il divise les cas de ce genre en deux catégories distinctes : dans la première, la maladie commence par un état maniaque pur suivi ensuite par une période confusionnelle résultant de l'épuisement dû à l'agitation et à l'insomnie ; dans la seconde, « la confusion précède l'état maniaque ou

débute en même temps que lui », et dure un temps relativement long, parfois même plus que l'accès maniaque proprement dit. L'auteur estime que « la manie confuse d'emblée » est plus proche de la confusion mentale que de la folie intermittente en raison notamment de l'importance, dans l'étiologie de la psychose, des mêmes facteurs que ceux qui sont relevés dans la confusion mentale (accouchement, etc.). A l'étranger, Bostroem a soutenu, vers la même époque, des idées semblables. Lui aussi attribue une grande importance aux causes exogènes, ainsi qu'en témoignent les exemples puisés dans les observations rapportées par lui : érysipèle, ictere, plaie, enfin alcoolisme, dont l'influence n'est pas négligeable sur l'aspect et la longueur de la psychose. La coexistence de l'élément confusionnel et de l'élément maniaque aboutit à un tableau clinique particulier. Il est à noter que l'élément dépressif ne se combine, pour ainsi dire jamais, avec de la confusion.

Il nous paraît utile de nous arrêter quelque peu aux formes décrites par Kleist, dont la signification nosologique n'est d'ailleurs pas encore complètement précisée. Cet auteur procède surtout de Wernicke dont tout le monde connaît les travaux sur l'aphasie, mais dont peu d'aliénistes se rappellent les conceptions relatives à la psychiatrie pure. Adversaire de Kræpelin, il n'en avait pas moins une grande valeur en tant que sémiologue. C'est ainsi qu'il a le premier mis en lumière un syndrome caractérisé par une prédominance marquée dans le tableau morbide de troubles de la motilité. Ce syndrome pouvant apparaître, d'après lui, dans nombre de psychoses était caractérisé, soit par des phénomènes hyperkinétiques, soit par des phénomènes akinétiques. Kleist fit à ce sujet une communication en 1911 dans laquelle il essaya de montrer que ce groupe renfermait des cas qui, abstraction faite de certains d'entre eux ressortissant à la démence précoce, à la psychose périodique ou à d'autres maladies classées, pouvaient être considérés comme très particuliers et ne rentrant dans aucune des catégories de la psychiatrie kræpelinienne. Gaupp, Stransky ont fait dès cette époque des réserves

sur ce point. Depuis quelques années cependant, la question a pris un nouvel essor grâce surtout à la monographie de Pohlisch (1925). Ce dernier a tenté de décrire, grâce à des observations personnelles, un tableau morbide « hyperkinétique » indépendant, d'après lui, de toute autre psychose. Après une phase prodromique de quelques jours (parfois de deux semaines) éclate un accès qui dure quelques semaines à quelques mois, suivi de guérison. Pendant l'accès, ce qui domine c'est, en dehors d'une certaine confusion dans les idées, un état d'excitation motrice. Les malades font des mouvements continuels, sans impulsivité, sans stéréotypies, ne ressemblant pas d'autre part à ceux qui s'observent dans les affections neurologiques. Mais l'opinion de Kleist-Pohlisch sur l'autonomie de ce tableau morbide n'est pas acceptée par tout le monde et ce qui précisément nous intéresse ici, c'est que des auteurs rangent ce syndrome dans le cadre de la psychose périodique. Parmi ceux-ci il faut citer Ewald et Lange qui insistent tous les deux sur la coexistence de symptômes maniaco-dépressifs et émettent l'opinion que cette hyperkinésie est due à des facteurs exogènes, au jeune âge des malades qui prédispose aux troubles moteurs, peut-être aussi à une prédisposition héréditaire spéciale.

En plus des formes « hyperkinétiques », Kleist a également voulu isoler des formes « crépusculaires », mais qui ne se différencient que par des nuances des formes confusionnelles dont il a été question plus haut et qui de tout temps ont été rattachées à la psychose maniaco-dépressive. Signalons à ce propos que Kaldewey a fortement critiqué la conception de Kleist au sujet de l'autonomie de ces états qu'il rangeraît plutôt dans la catégorie des folies intermittentes. Il insiste aussi sur l'importance du facteur toxique et notamment de l'alcool.

OBSSESSIONS

La possibilité pour les obsessions d'apparaître à l'état périodique est connue depuis très longtemps. Mais il faut arriver à l'ère moderne de notre science pour voir

les auteurs englober certaines crises obsessives dans la folie intermittente proprement dite. Parmi ceux-ci, la première place revient incontestablement à Ballet. Il fut dans ce domaine un véritable précurseur : il précisa et vulgarisa à la fois cette notion dont on verra tout à l'heure l'importance en ce qui concerne notamment la dipsomanie. Son premier travail sur ce sujet date de 1900. Dès cette époque il rattache certaines obsessions à la mélancolie intermittente. Depuis il est revenu sur cette question dans plusieurs publications.

Le lecteur pourra trouver une intéressante mise au point de la question dans la thèse de Bedel sur « les rapports des obsessions avec la psychose périodique ». On y verra nettement exprimée cette opinion que « l'obsession est plutôt du domaine des états mixtes, elle réalise en général l'état mixte avec dépression affective et excitation motrice et psychique ». Au Congrès de Nantes de 1909, Deny et R. Charpentier firent une communication basée sur plusieurs observations personnelles et dans laquelle ils étudièrent « les obsessions conscientes envisagées comme des manifestations atténuées de la psychose maniaco-dépressive ». En dehors de leurs très complètes observations, le travail de ces auteurs est encore intéressant par la théorie qu'ils émettent et qui est certainement vraie dans un grand nombre de cas, c'est à savoir que certains psychasthéniques ne sont que des intermittents avec accès atténués se manifestant surtout sous la forme d'états obsédants.

La conception de l'obsession comme manifestation possible de la psychose périodique a été défendue aussi à l'étranger par plusieurs auteurs. Parmi ces derniers, il nous faut citer en premier lieu K. Schneider, qui fait d'ailleurs ressortir dans son travail le rôle de précurseur joué dans ce domaine par Ballet. Mentionnons également : Kræpelin (d'après un article de Pfersdorff de 1904), et Bonhoeffer. Ce dernier insiste sur ce fait que, malgré les apparences, certains états dépressifs, associés aux obsessions, ne leur sont pas du tout secondaires, mais qu'ils les précèdent au contraire, preuve péremptoire de l'existence, dans ces cas, d'accès de psychose maniaco-dépressive et non de simples syn-

dromes dégénératifs. Signalons enfin Stöcker qui, tout en rendant hommage à Ballet dont le droit de priorité n'est pas contestable, a bien montré l'existence chez certains obsédés d'une sorte de conflit psychologique entre éléments mélancoliques et maniaques. Des obsessions de tout ordre ont été décrites par les auteurs au cours de la psychose périodique. Citons au hasard des lectures : obsession homicide (Bedel), pyromanie (Marandon de Montyel), sitiomanie (Ballet). Mais la plus importante de toutes parce que peut-être la plus fréquente relativement, et en tout cas celle qui comporte le plus de conséquences pratiques et médico-légales, est la dipsomanie. Nous croyons utile de nous y arrêter quelque peu.

On sait que certains auteurs considéraient autrefois comme possibles des manifestations en quelque sorte monosymptomatiques de la folie périodique. C'est ainsi qu'on trouve dans le Traité de Krafft-Ebing un chapitre intitulé : « Folie périodique sous la forme d'impulsions morbides », dans lequel est notamment décrite la dipsomanie. Il est d'ailleurs juste de reconnaître que Krafft-Ebing mentionne la différence entre le buveur maniaque et le dipsomane dont l'impulsion à boire est toujours précédée d'une phase dépressive et dysphorique. Quoiqu'il en soit c'est à Magnan que revient l'honneur d'avoir donné le premier une étude d'ensemble en quelque sorte définitive de ce syndrome. Il le rattachait à la dégénérescence et cette conception n'est certes pas dans tous les cas sans exception conforme à la réalité. Mais la description clinique reste, et, aujourd'hui encore, on peut dire qu'elle doit servir de base à tout travail sur cette question. Kræpelin et son élève Gaupp ont essayé de rattacher les accès de ce genre à l'épilepsie. Légrain a eu le mérite de décrire une forme nouvelle d'alcoolisme intermittent (pseudo-dipsomanie). Il y a quelque vingt-cinq ans, nous basant sur des observations recueillies dans son service de Ville-Evrard, nous avons essayé, en collaboration avec notre maître, de montrer ce que les théories Kræpelinianes avaient sur ce point d'excessif. Plus tard, Pappenheim fit

paraître sur ce même sujet un travail important dans lequel il donnait raison à Magnan plutôt qu'à Kræpelin-Gaupp. Chose à noter : il a montré que les malades de Gaupp, dont il a poursuivi ultérieurement l'étude, ne méritaient nullement d'être qualifiés de comitiaux.

Nous arrivons maintenant aux rapports de la dipsomanie avec la psychose maniaco-dépressive. Ballet qui avait déjà auparavant insisté dans diverses communications sur ce point, disait à propos d'un cas en 1912 : « Ce syndrome est d'ordinaire l'une des formes d'obsessions qui sont si communes au cours des mélancolies intermittentes. » Depuis la guerre, ont paru plusieurs travaux sur la dipsomanie qui nous intéressent. En voici d'abord trois, relatifs à des sujets chez lesquels l'accès a apparu en rapport avec la phase d'excitation de la folie intermittente, ce qui n'est pas le cas dans la dipsomanie vraie qui est en rapport avec une phase dépressive ou, ainsi qu'on le verra tout à l'heure, avec un état mixte. Ces trois publications sont dues aux auteurs suivants : Laignel-Lavastine et Larneau ; Marchand, Dupouy et Montassut ; Marchand et Xavier Abély. Ici il ne s'agit pas d'obsession proprement dite. Le cas de Marchand et Picard est par contre beaucoup plus net, car au début on note des phénomènes mélancoliques. La cyclothymie, c'est-à-dire la forme atténuée de la folie périodique à laquelle Pierre Kahn a consacré une thèse que tout le monde connaît, peut comporter également des accès dipsomaniaques (on sait qu'il considère A. de Musset comme un dipsomane cyclothymique). L'auteur qui mentionne cette possibilité est revenu plus récemment sur cette question dans une communication avec Laignel-Lavastine. Il s'agissait de « dipsomanie obsédante liée aux périodes dépressives d'une cyclothymie psychasthénique ». Leur malade n'était d'ailleurs pas un simple déprimé : il avait également une « excitation coléreuse », et c'est sans doute en raison de cet élément psychologique qu'ils proposent le diagnostic d'état mixte. Les intermittents, à la fois irritables et mécontents, qui ont été étudiés récemment par Eugène Kahn, rentrent aussi

dans la catégorie des « mixtes ». Ils peuvent également boire avec excès sous l'influence de leurs périodes maladiques. A côté des accès maniaco-dépressifs atténués, il y a lieu de mentionner les accès très courts pouvant ne durer que quelques heures ou quelques jours. Grégory a montré que certains buveurs périodiques entrent dans cette catégorie et que les manifestations alcooliques arrivent à masquer complètement la psychose maniaco-dépressive initiale et fugace.

Nous avons tenu à esquisser les différents aspects du problème de la dipsomanie, car on en connaît la grande portée pratique et médico-légale. La dipsomanie épileptique est d'une grande rareté, et il est à noter que dans le récent Traité de Bumke, Meggendorfer reconnaît, avec quelques réserves, combien Magnan avait raison de rattacher cette obsession à la dégénérescence. Cependant la dégénérescence ne doit pas être invoquée dans tous les cas, et dans le même ouvrage. Eugène Kahn précise que les dipsomanes ne constituent pas un groupe univoque et qu'il y a parmi eux des maniaco-dépressifs. On voit en somme que Magnan et Ballet avaient raison tous deux et qu'il y a lieu d'adopter, dans cette question, une opinion éclectique. En tout cas, ce que nous avons voulu mettre en lumière c'est la dépendance possible de l'obsession dipsomane d'un accès de folie intermittente.

SYNDROMES PSYCHASTHÉNIQUES ET NÉVROSIQUES

L'étude de ces syndromes est liée à celle des formes atténuées de la folie périodique. Mais on a écrit sur ce sujet peu de choses nouvelles depuis la thèse classique de P. Kahn sur la cyclothymie. Aussi serons-nous très bref et nous appuierons-nous surtout, d'ailleurs, sur le remarquable travail que nous venons de citer, auquel nous nous permettrons de faire un seul reproche : c'est celui d'étendre d'une manière peut-être excessive la conception de cyclothymie. On tend, aujourd'hui, à revenir quelque peu aux idées traditionnelles

de l'école de l'Admission de Ste-Anne, et à ranger dans le cadre de la dégénérescence bien des formes de mobilité de l'humeur récemment encore rangées dans d'autres catégories plus modernes. Il n'en reste pas moins vrai que, bien souvent, la psychose évolue sous l'aspect d'une simple névrose ou d'un état dit psychasthénique.

Rappelons que J. Falret connaissait déjà ces « degrés atténus de la folie périodique observés dans le monde », dont il est question dans le présent chapitre. Ainsi que le fait remarquer Kahn, certains psychasthéniques de Raymond et Janet ne sont que des cyclothymiques méconnus, de même que les neurasthéniques circulaires de Sollier et aussi ceux de Lowenfeld, dont parle Hecker. Chez beaucoup de ces malades dominent des phénomènes douloureux, notamment une céphalée tenace, chez d'autres, des troubles gastriques (voir sur ce sujet l'intéressant travail d'Arsimoles). Ces malades se nourrissent souvent très mal : pendant la phase dépressive, ce phénomène est facilement explicable et c'est à lui qu'est due la mauvaise mine que présentent les circulaires à cette époque (Arndt) ; pendant la phase d'excitation, ils sont trop énervés pour manger convenablement (Hoche).

Lange, dans son livre récent, insiste sur ce fait que parfois les accès maniaco-dépressifs évoluent sous l'aspect de l'hystérie et même d'une psychose confusionnelle hystérique ; il croit notamment que certains états périodiques « crépusculaires » relèvent de la grande névrose. Mais il s'agit là d'une question tellement complexe et discutée, que nous préférons ne pas nous y arrêter. Aussi bien est-ce là un problème de nature plutôt théorique que pratique qui présente peu d'intérêt en clinique courante.

Ce qui est plus important à retenir c'est que, dans certains cas, un accès de folie périodique atténue peut évoluer sous les apparences d'une folie morale. Truelle et Reboul-Lachaux ont publié, sur ce sujet, un travail intéressant et ont montré toute l'importance médico-légale de tels faits. C'est en effet à propos de ces accès

atténués que se posent les problèmes les plus délicats relatifs à la médecine légale de la folie intermittente. Quand on est en présence d'un cas net et franc, la solution est aisée. Mais si un acte antisocial est commis par un submaniaque, on croit bien souvent avoir devant soi un homme simplement déséquilibré et excité et on peut conclure à une responsabilité atténuée là où la seule conclusion logique est celle de l'irresponsabilité avec nécessité de l'internement. On peut dire la même chose de l'assistance à ces intermittents plus ou moins frustes et de l'opportunité de leur maintien à l'Asile. Bouyer a consacré à cette question un article excellent dans lequel il suggère toute une série de mesures pratiques. Nous dirons à propos de ces malades, et cela en matière de conclusion, que la psychose maniaco-dépressive peut se présenter non seulement sous les aspects cliniques les plus divers, ainsi qu'on l'a vu dans les chapitres précédents, mais aussi, ainsi qu'il a été montré dans ce chapitre, sous l'aspect d'un état mental à peine anormal. On conçoit dès lors toutes les conséquences pratiques et médico-légales qui découlent de cette constatation.

BIBLIOGRAPHIE

1. ABÉLY (X.) et BAUER. — Les délires systématisés maniaques. — *Archives de Neurologie*, vol. 45, 1926.
2. ANGLADE et JACQUIN. — PsychoSES périodiques et épilepsie. — *Encéphale*, juin 1907.
3. ANTHEAUME. — Les psychoSES périodiques. — *Congrès de Genève*, 1907.
4. A. et TREPSAT. — Délire d'imagination et psychoSE périodique. — *Encéphale*, 1912, II, p. 161.
5. ARNDT. — Die leichten Formen d. M. D. Irreseins. — *Berliner K. W.*, 1921, p. 1167.
6. ARSIMOLES. — Des troubles gastriques au début des accès M. D. — *Société M. P.*, juillet 1911.
7. BALLET. — Sur une forme de mélancolie périodique à propos d'un cas de sitiomanie. — *Société Neurologique*, juillet 1900.
8. B. — La mélancolie intermittente. — *Presse Médicale*, 1902, p. 462,

AU COURS DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE 137

9. B. — La sitiomanie, symptôme de mélancolie intermit-
tente. — *Société M. P.*, mars 1903.
10. B. — La sitiomanie, symptôme de psychose périodique. — *Société Neurologique*, mars 1907.
11. B. — Sur un cas de dipsomanie à accès provoqués par des causes occasionnelles. — *Société de psychiatrie*, juin 1912.
12. BARTELS. — *Zwei bemerkenswerthe Fälle von para-
noia* (cité par Eisath).
13. BEDEL. — Les rapports de l'obsession avec la psychose périodique. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.
14. BESSIÈRE. — Paranoïa et psychose périodique. — *Thèse de Paris*, 1913.
15. BLUME. — Ueber periodische wahnvorstellungen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*. Ref., vol. 16, 1918, p. 175.
16. BOEGE. — Die periodische paranoïa. — *Archiv f. Psychiatrie*, vol. 43, 1908, p. 299.
17. BONHOEFFER. — Ueber die Beziehungen von Zwangsvor-
stellungen z. M. D. Irresein. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, vol. 33, 1913, p. 354.
18. BOSTROEM. — Paranoïa mit cire. Schwankungen. — *Zentralblatt*, vol. 43, 1926, p. 907.
19. B. — Z. Frage der verworrenen Manie. — *Archiv. f. Psychiatrie*, vol. 76, 1926, p. 671.
20. Mlle BOUDERLIQUE. — Folie intermittente ou démence précoce. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1920.
21. BOUMAN. — Ueber eigentümliche Formen familiarer Psychosen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Ref., vol. 17, p. 354.
22. BOUYER. — L'assistance aux intermittents et ses lacunes. — *Informateur*, avril 1924.
23. BOVEN. — Etude sur les conditions du développement au sein des familles de la schizophrénie et de la folie M. D. — *Archives suisses de Neurologie*, vol. 8, 1921, p. 89.
24. CAPGRAS. — Folie intermittente et délire systématisé chronique. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1921.
25. C. et ABÉLY. — PsychoSES atypiques ; folie intermit-
tente ou démence précoce. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, janvier 1922.
26. CONDOMINE. — Psychose périodique à forme déli-
rante. — *Revue de Psychiatrie*, 1910, p. 89.
27. COURBON. — Démence précoce et psychose M. D. — *Encéphale*, mai 1913, p. 434.

28. DENY et R. CHARPENTIER. — Obsessions et psychose M. D. — *Encéphale*, 1909, II, p. 498.
29. D. et BLONDEL. — Accès mélancolique avec état obsédant. — *Société de Psychiatrie*, mars 1913.
30. DERON. — Contribution clinique à la sémiologie du syndrome manie. — *Thèse de Paris*, 1922.
31. DERON. — *Le syndrome maniaque*. — Paris, 1928.
32. DUBOURDIEU. — Contribution à l'étude des délires de persécution symptomatiques de psychose périodique. — *Thèse de Bordeaux*, 1909.
33. EISATH. — Paranoïder Symptomenkomplex und M. D. Irresein. — *Zeitschrift f. d. ges. Neurologie*, vol. 41, p. 229.
34. EWALD. — Paranoïa und M. D. Irresein. — *Zeitschrift f. d. ges. Neurologie*, vol. 49, p. 270.
35. E. — Das manische Element in d. Paranoïa. — *Archiv f. Psychiatrie*, 1925, vol. 75, p. 665.
36. E. — Ueber die Motilitäts Psychosen. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, vol. 85, 1926, p. 100.
37. E. — M. D. Irresein. — *Fortschritte*, janvier 1929.
38. FREYBERG. — Ein Fall chronischer Paranoïa mit Ausgang in Heilung. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, 1901, p. 29.
39. GAUPP. — Z. Frage d. Kombinirten Psychosen. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, 1904, p. 404.
40. G. — Z. Frage d. Kombinirten Psychosen. — *Archiv f. Psychiatrie*, vol. 76, 1925, p. 1.
41. GAUSEBECK. — Ueber Eifersuchtwahn. — *Archiv f. Psychiatrie*, vol. 84, 1928, p. 414.
42. GOLLA. — Paranoïde Zustandshilder b. M. D. Irresein. — *Z. f. d. ges. Neurologie. Ref.*, vol. 6, p. 1086.
43. GREGORY. — Fleeting attacks of M. D. psychosis. — *J. of nerv. and m. dis.*, vol. 42, 1915, p. 37.
44. HALBERSTADT. — Stéréotypies dans un cas de stupeur maniaque. — *Encéphale*, juin 1910.
45. H. — La démence précoce à évolution circulaire. — *Revue de Psychiatrie*, septembre 1913.
46. H. — Une question de doctrine psychiatrique : la psychose délirante dégénérative aiguë. — *Annales M.P.*, juillet 1922.
47. HERZ. — Z. Frage d. sogenannten Mischpsychosen. — *Z. f. d. ges. Neurologie*, 1928, vol. 116, p. 251.
48. HOCHE. — Ueber die leichteren Formen d. period. Irresein. — *Halle*, 1897.
49. HOFFMANN. — Schizothym-cyclothym, — *Z. f. d. ges. Neurologie*, 1923, vol. 82, p. 93.

AU COURS DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE 139

50. DE HOLST. — Abweichende Formen d. M. D. Irreseins. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, janvier 1926, p. 301.
51. HOMBURGER. — Die literatur d. M. D. Irreseins, 1906-1910. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Ref., vol. 2, n°s 9 et 10.
52. JACOBI et KOLLE. — Cité par Lange. (Traité de Bumke).
53. JELGERSMA. — Abweichende Fälle von M. D. Psychose. — *Zentralblatt*, vol. 39, p. 84.
54. P. KAHN. — La cyclothymie. — *Thèse de Paris*, 1909.
55. P. K. — Cyclothymie et obsessions. — *Congrès de Nantes*, 1909.
56. P. K. — Un cas de délire de persécution chez un excité maniaque. — *Société de Psychiatrie*, novembre 1912.
57. E. KAHN. — Ueber Gereiztheit im M. D. Irresein. — *Munchener Med. Wochenschrift*, 1926, p. 1314.
58. KALDEWEY. — Z. Frage d. episodischen Dämmerzustände in Beziehung ; z. M. D. und epileptischen Formen Kreisen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, vol. 110, 1927, p. 113.
59. KIRBY. — The catat. syndromes and its relation to M. D. Insanity. *Journal of Nerv. and mental dis.*, 1913, w. 11.
60. KIRN. — *Die periodischen Psychosen*. — Stuttgart, 1878.
61. KLEIST. — Die Klin Stellung der Motilitätspsychosen. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1912, p. 109.
62. K. — *Episodische Dämmerzustände*. — Leipzig, 1926.
63. K. — Ueber cycloïde Degeneration psychosen. — *Zentralblatt*, vol. 44, 1926, p. 655.
64. K. — Cycloïde, paranoïde, epileptoïde psychosen. — *Zentralblatt*, vol. 50, 1928, p. 270.
65. KLIENECKER. — Atypische periodische Psychosen. — *Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie*, 1923, vol. 79, p. 374.
66. KRETSCHMER. — Wahnbildung und M. D. Symptomenkomplex. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, 1914, vol. 71, p. 397.
67. KRISCH. — *Epilepsie und M.D. Irresein*. — Berlin, 1922.
68. LAIGNEL-LAVASTINE et LARGEAU. — Un dipsomane fugueur. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, mars 1925.
69. L.-L. et P. KAHN. — Cyclothymie, psychasthénie et dipsomanie. — *Société de Psychiatrie*, mars 1926,

70. L.-L. et BOURGEOIS. — Un cas d'interprétose symptomatique d'un état hypomaniaque. — *Société de Psychiatrie*, juin 1927.
71. LANGE. — *Katat. Erscheinungen im Rahmen man, Erkrankungen*. — Berlin, 1922.
72. L. — Article sur la psychose maniazo-dépressive dans le *Traité de Bumke*. — Berlin, 1928.
73. LAUTIER. — La manie confuse. — *Encéphale*, septembre-octobre 1926, p. 617.
74. LEGRAIN et HALBERSTADT. — Note sur certaines catégories de buveurs intermittents. — *Annales M. P.*, novembre-décembre 1903.
75. LEROY et MONTASSUT. — Psychose intermittente atypique simulant la démence précoce. — *Société M. P.*, novembre 1925.
76. LÉVY-VALENSI et VINCHON. — Délire d'imagination et psychose périodique. — *Société de Psychiatrie*, novembre 1913.
77. MARANDON DE MONTYEL. — Un accès de dépression avec pyromanie. — *Arch. d'anthropologie criminelle*, 1904.
78. MARCHAND, DUPOUY et MONTASSUT. — Accès dromo-dipsomaniaques chez un cyclothymique. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, mars 1925.
79. MARCHAND et ABÉLY. — Dipsomanie chez un cyclothymique. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, mai 1925.
80. MARCHAND et PICARD. — Accès dromo-dypsomaniaques et psychose périodique. — *Société Clinique de Médecine Mentale*, décembre 1926.
81. MASSELON. — Les psychoses associées. — *Annales M.-P.*, 1912, I, p. 641.
82. MAUZ. — Ueber Schizophrene mit pyknischen Korperbau. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, vol. 86, 1923, p. 96.
83. MELSON. — Rapports entre folie M. D. et schizophrénie. — *Zentralblatt*, vol. 42, p. 689.
84. MEYER. — Paranoïsche Formen d. M. D. Irreseins. — *Allg. Z. f. Psychiatrie*, 1921, vol. 77, p. 205.
85. M. — Ueber Eifersuchtwahn. — *Zentralblatt*, vol. 25, p. 518.
86. MONKEMOLLER. — Z. Lehre von d. period. Paranoïa. — *Allg. Zeitschrift f. psychiatrie*, vol. 62, 1905, p. 538.
87. MULLER. — M. D. Irresein und D. P. — *Zentralblatt*, vol. 28, p. 145.
88. OBREGIA. — Formes atypiques de la psychose péri-

AU COURS DE LA PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE 141

- dique. — *Bulletin de la Société roumaine de neurologie*, 1924.
- Anal. Zentralblatt*, vol. 42, p. 225.
89. OSSIPOFF. — Gemischte oder Kombinirte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1924, vol. 92, p. 296.
90. PAPPENHEIM. — Ueber Dipsomanie. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, vol. 11, 1912, p. 333.
91. PFERSDORFF. — Ueber intestinale Wahnsideen im M. D. Irresein. — *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1904, p. 161.
92. P. — Ueber symptomatische Zwangs vorstellungen. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1904, vol. 15, p. 90.
93. P. — Stereotypien im M. D. Irresein. — *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1906, p. 745.
94. PILCZ. — *Die periodischen Geistesstörungen*. — Iéna, 1901.
95. POHLISCH. — Der hyperkinetische Symptomenkomplex. — Berlin, 1925.
96. REHM. — *Das manisch-melancholische Irresein*. — Berlin, 1919.
97. RUOFF. — Kasuistischer Beitrag zur Genese paranoïder Symptomenkomplexe im Verlauf d. M.D. Irr. — *Journal f. Psychologie*, vol. 21, 1915, p. 122.
98. SANTENOISE, CODET, TARGOWLA. — Bouffées délirantes et psychose périodique. — *Annales M.-P.*, décembre 1923.
99. K. SCHNEIDER. — Die Lehre vom Zwangsdanken. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Ref., vol. 16, 1918, n°s 2 et 3.
100. SCHRÖDER. — Ungewöhnliche periodische psychosen. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, vol. 44, 1918, p. 261.
101. SEELERT. — Abgeheiltes paranoïsches zustandshild. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, Réf. vol. 7, p. 1176.
102. SMITH. — Catatonie states in Md. Insanity. — *Méd. Record.*, vol. 87, 1915, p. 311.
103. SPECHT. — Chronische Manie und paranoïa. — *Allg. Zeitrchrift f. psychiatrie*, vol. 62, 1905, p. 851.
104. STOCKER. — Ueber Genese und klinische stellung der zwaugsvorstellungen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie. Orig.*, vol. 23, 1914, p. 121.
105. STRANSKY. — *Das Md. Irresein*. — Vienne, 1911.
106. TRÉNEL. — Folie intermittente et psychose familiale. — *Société Clinique de médecine mentale*, juin 1912.
107. T. et LIVET. — Syndrome de Cotard dans la folie périodique. — *Société Clinique de médecine mentale*, juin 1912.

108. T. — Délire systématisé et syndrome circulaire. — *Société Clinique de médecine mentale*, juillet 1912.
109. T. — Démence précoce et folie périodique. — *Société M. P.*, juillet 1912.
110. TRUELLE. — Folie intermittente simulant la démence précoce. — *Société Clinique de médecine mentale*, mars 1920.
111. T. et REBOUL-LACHAUX. — Actes délictueux et pervers à l'occasion d'états intermittents frustes. — *Annales M. P.*, mai 1924.
112. URSTEIN. — *M. P. und periodisches Irr. als Erscheinungsform der katatonie*. — Berlin, 1912.
113. WEYGANDT. — *Ueber die Mischzustände d. Md. Irr.* — Munich, 1899.
114. WICKEL. — Das Bild der paranoïa als man. Phase. — *Archiv f. Psychiatris*, 1918, vol. 58, p. 888.
115. WIERSMA. — Ueber die Bedeutung d. verfolgungsideen speziell b. d. md. psychose. — *Zentralblatt*, vol. 51, p. 471.
116. WILDERMUTH. — Circulär oder schizophren ? — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1929, vol. 120, p. 416.
117. WILMANNS. — Z. Diff. diagnostik der funkt. Psychosen. — *Centralblatt f. Nervenheilkunde*, 1907, p. 569.

LE RÔLE DE LA MÉTHODE DU PROFIL PSYCHOLOGIQUE DANS L'ORTHOPÉDIE PSYCHIQUE (1)

Par Véra KOVARSKY

Docteur de l'Université de Montpellier (Lettres)
Inspecteur psychologue des Ecoles de la ville de Montpellier

L'expérience montre qu'une faiblesse psychique n'est pas toujours une tare plus grave que la faiblesse ou le mauvais fonctionnement physique de la vue ou de l'ouïe, par exemple.

Pour ordonner un traitement médical défini, le médecin examine divers organes du malade, et c'est à la suite de cet examen analytique qu'il se prononce sur son état et indique s'il le juge curable ou non, ou du moins s'il est possible de l'améliorer et par quels procédés.

Il est connu que l'on arrive souvent à améliorer l'état de faiblesse physique générale en s'appliquant à fortifier ou à renforcer tel ou tel organe, dont le fonctionnement s'est affaibli, soit par le manque d'exercice, soit par la carence des conditions extérieures favorables (hygiène, alimentation, milieu ambiant, etc.).

Il est possible d'agir d'une manière analogue dans les cas de faiblesse psychique. Mais pour cela l'emploi d'une méthode analytique de mesure des capacités psychiques s'impose ; car il est bien évident que les méthodes qui ne donnent qu'une mesure globale de l'ensemble des capacités psychiques ne permettent pas de reconnaître quelles sont celles qui sont particulièrement faibles (déficientes).

(1) Ces notes ont fait l'objet d'une communication au I^e Congrès International de Psychologie appliquée qui s'est tenu en mars 1929 à la Sorbonne. Il en a été publié un résumé succinct dans « La Psychologie et la Vie », octobre 1929.

La méthode du Profil psychologique est la première en date parmi les méthodes analytiques d'épreuves coordonnées. Cette méthode, imaginée en Russie par le professeur Rossolimo en 1909, est restée pendant 18 ans inutilisable pour le reste de l'Europe et l'Amérique, à cause de l'obscurité et des complications inutiles avec lesquelles elle avait été exposée. C'est pourquoi nous nous sommes efforcée, dans notre livre sur « La mesure des capacités psychiques chez les enfants et les adultes, normaux et anormaux », Paris, Alcan, 1927, de la mettre au point, de l'éclaircir, et de la rendre pratiquement utilisable. Nous avons aussi modifié l'outillage de cette méthode, et depuis ce moment nous l'appliquons journellement et sans difficulté.

La France est donc le premier pays en Europe et en Amérique où la méthode du Profil psychologique soit employée entièrement et dans tous ses détails d'une manière simple et pratique.

La méthode du Profil psychologique permet de dissoier le mécanisme psychique et de mesurer la plupart des capacités qui le constituent. Elle mesure les diverses formes d'attention, celle qui permet de continuer son travail pendant que l'on cherche à vous en distraire, celle qui consiste à faire un choix, et enfin celle qui doit se porter sur plusieurs objets à la fois. Ensuite sont examinés : la volonté du sujet, son émotivité ; puis les divers genres de la mémoire visuelle et auditive, mémoire des figures, des éléments du langage, des nombres. La mémoire est examinée à courte et à longue échéance. L'apprehensivité (1) visuelle ou le coup d'œil rapide est examiné au moyen d'un tachistoscope. Viennent ensuite l'examen du jugement ou du bon sens, du pouvoir de combinaison, de l'ingéniosité, de l'imagination, de l'esprit d'observation.

Les résultats obtenus par cette méthode d'examen sont représentés par un tracé qui est le Profil psychologique et qui nous renseigne immédiatement et avec précision

(1) L'apprehensivité est un terme nouveau que nous avons proposé et défini dans notre livre rappelé plus haut : « La mesure des capacités psychiques... », p. 38 et 155 et suiv.

sur les lacunes, les points forts et faibles du sujet. En outre, les résultats qui ont fourni le tracé peuvent être réunis en une formule synthétique qui permet de classer les individus en types distincts et de voir nettement par où ils se diversifient.

Il est bon de noter que cette méthode tient aussi peu de compte que possible de l'instruction reçue et du milieu social.

De plus, la méthode du Profil psychologique, lorsqu'elle est employée par un psychologue exercé, est un excellent moyen d'observation et fournit des renseignements sur certains traits de caractère du sujet, tels que la persévérance, la mémoire des instructions reçues, la servabilité, l'esprit d'organisation, la décision rapide, la ruse, la suggestibilité, la bonne ou mauvaise volonté, etc.

Comme elle comporte des épreuves psychomotrices, elle fournit aussi des renseignements sur la psychomotilité du sujet : mouvements coordonnés ou non, sûreté et précision des mouvements ou au contraire hésitation et tâtonnement, etc.

Qu'il s'agisse d'écoliers ou d'adultes, déficients ou normaux, la méthode du Profil psychologique permet de constater leurs insuffisances intellectuelles, d'en préciser le degré et la nature et par là même elle sera d'une importance capitale dans l'orthopédie psychique.

Voici le Profil d'un garçon de 16 ans, qui est élève du cours supérieur 2^e année de l'école primaire élémentaire. Il est dans la même classe que les enfants de 12 et 13 ans. Les maîtres le considèrent comme arriéré et inintelligent ; on le tolère dans la classe ; on parle de lui avec un sourire de pitié. Son Profil nous montre que sa mémoire des figures et des nombres atteint presque le maximum, ainsi que son pouvoir de combinaison et son imagination ; il a le coup d'œil rapide bien développé, sauf en ce qui concerne l'identification de teintes différentes ; il est légèrement au-dessus de la normale (qui est au niveau de 7) en ce qui concerne l'attention élective et l'attention concentrée volontaire, le jugement, l'in-

géniosité et l'esprit d'observation ; mais il est très faible en ce qui concerne l'attention distribuée (qui se porte sur plusieurs objets à la fois).

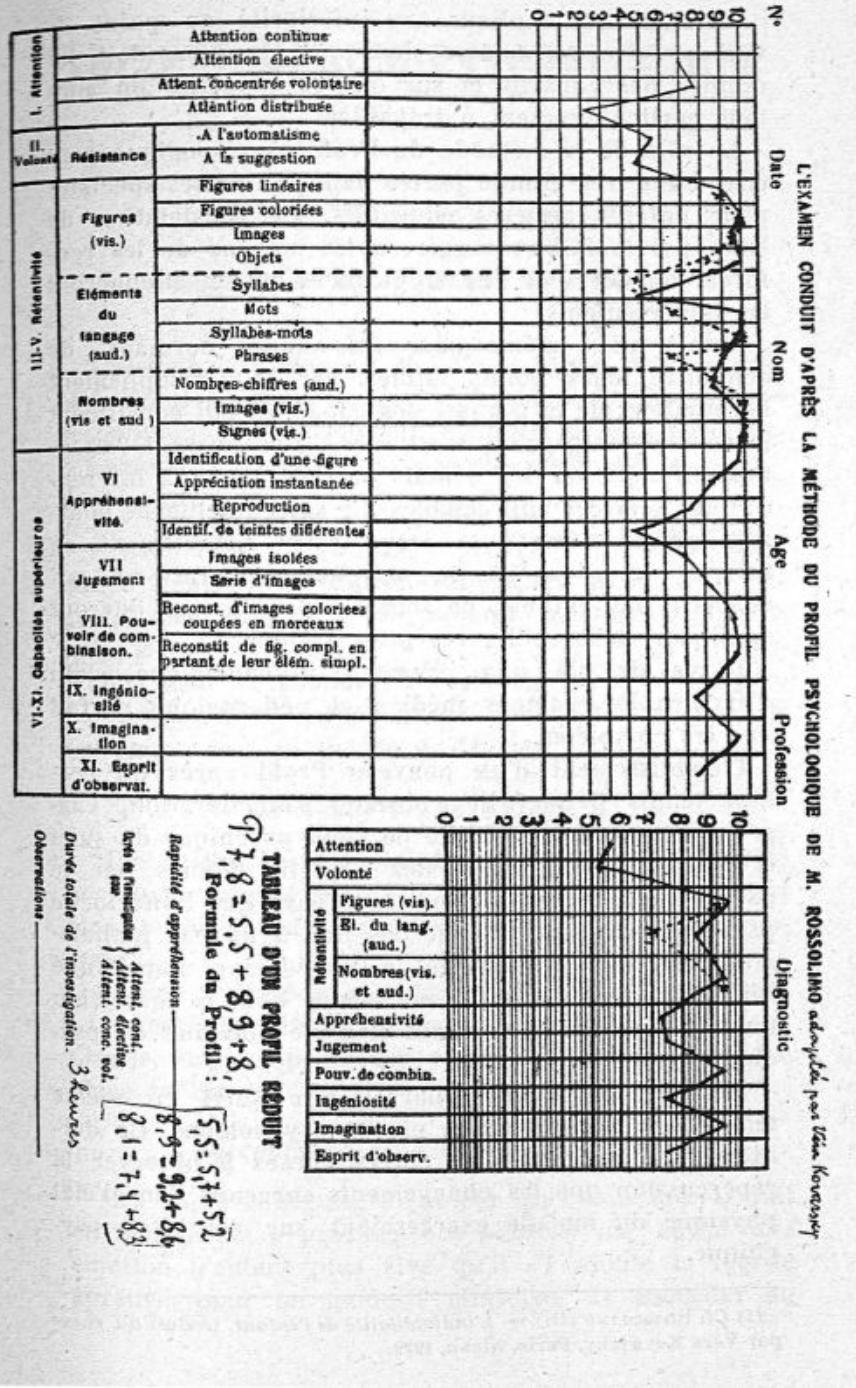
Cette capacité est indispensable surtout à ceux qui voudraient occuper un poste comportant une forte responsabilité ou même simplement conduire une voiture, mais elle n'est pas forcément d'une grande importance pour tout le monde, bien que l'on doive essayer de la développer.

En somme, ce garçon est d'une intelligence moyenne et en outre bien doué pour le dessin ; son retard est dû, non pas à l'insuffisance des capacités supérieures, mais à la faiblesse de sa volonté. Il est dû aussi à ce que sa mémoire, qui est bonne pour tout le reste, est fugitive pour les éléments du langage ; par conséquent, il oublie assez vite une partie de ce qu'il a entendu en classe. C'est un hypotonique, très suggestible et émotif.

Son état s'est aggravé d'une année à l'autre, parce que la faiblesse de sa volonté n'a pas été constatée précocement et que ses maîtres et ses parents n'en ont pas été avisés à temps par un psychologue. Il aurait eu besoin de beaucoup d'encouragements ; au contraire il s'est toujours senti traité comme un inférieur à l'école et ailleurs, et la faiblesse de sa volonté a été souvent un prétexte à moqueries.

Voici les mêmes résultats analytiques de cet examen par la méthode du Profil réunis dans une formule synthétique, tout d'abord la moyenne de toutes ses capacités cotées sur 10, qui atteint 7,8. Puisque 7 est la limite à laquelle commence le niveau normal, on pourrait croire d'après cette cote générale à un état psychique satisfaisant. Mais voici comment se décompose la formule : le premier terme, qui est la hauteur moyenne de l'attention et de la volonté, n'atteint que 5,5, le second, qui traduit la hauteur moyenne de 3 genres de la mémoire tant à courte qu'à longue échéance, est de 8,9, et le troisième terme, qui exprime la hauteur moyenne des capacités supérieures, est de 8,1. Diagnostic : c'est un hypotonique, avec une faible mémoire des éléments du langage (pour le reste, sa mémoire atteint presque le maximum).

TABLEAU D'UN PROFIL DÉTAILLÉ



Voilà ce qui explique son infériorité au point de vue scolaire et montre dans quel sens on doit lui donner des conseils et sur quelles capacités on aura tout particulièrement à travailler.

Le rôle de la méthode du Profil psychologique peut être d'une très grande portée dans les classes spéciales pour enfants arriérés éducables. La constatation de leurs points faibles suggérera les moyens de les renforcer ou de créer des suppléances qui en atténueront les inconvénients.

Il est utile, même pour les adultes normaux, de connaître leurs points faibles, car le développement harmonieux de la plupart des capacités qui constituent le mécanisme psychique est rare, et en attirant l'attention du sujet sur ses déficits partiels, on peut lui rendre des services appréciables. Le sujet intelligent pourrait arriver même à se transformer notablement en suivant les conseils du psychologue. En ce qui concerne les enfants, ce sont les parents qui devront appliquer et surveiller ces prescriptions (1).

Il va de soi que l'examen psychologique, loin d'exclure les examens médical et pédagogique, ne fait que les compléter.

L'établissement d'un nouveau Profil après un certain temps permet de constater l'amélioration, l'aggravation ou l'invariabilité de l'état psychique du sujet et de contrôler la valeur des conseils donnés par le psychologue. Il peut donner la preuve que l'infériorité psychique du sujet n'était pas due à un cas pathologique relevant du domaine de la médecine, mais à une faiblesse psychique ou à une lacune dont la correction ou le redressement rentrent dans le domaine du psychologue.

Souvent, un malade pourrait être suivi en même temps par le médecin et par le psychologue. Ce dernier s'appliquerait entre autres choses à observer la répercussion que les changements survenus dans l'état physique du malade exerçaient sur son état psychique.

(1) Cf. ROSSOLIMO (G.). — *L'individualité de l'enfant*, traduit du russe par Véra Kovatsky, Paris, Alcan, 1929.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 JANVIER 1930

Présidence de MM. P. JANET et CAPGRAS

Assistant à la séance : M. Abély, Mme Minkowska, MM. Sengès, Targowla, Vieux, Vignaud, membres correspondants, M. Vermeylen, membre associé étranger.

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

M. Henri COLIN, secrétaire général : La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le Dr Le-grain, qui demande a être nommé membre honoraire (adopté).

Une place de membre titulaire est déclarée vacante. La commission chargée d'examiner les candidatures sera nommée à la séance de février.

Installation du Bureau

M. P. JANET, président sortant, remercie la Société de l'avoir appelé à présider ses travaux, renouant ainsi les liens qui unissent la psychiatrie à la psychologie.

Il cède le fauteuil à M. le Dr Capgras et après quelques mots de félicitations adressés à M. le Professeur Claude, élu vice-président, prie ce dernier de prendre place au Bureau.

Discours de M. Capgras, Président

Mes chers collègues, l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider nos séances me cause une émotion d'autant plus vive qu'il s'y ajoute la lourde épreuve, pour un modeste clinicien, de succéder au

savant prestigieux qui a dirigé nos débats avec l'autorité que lui donne sa longue et noble carrière. Pareille ambition n'effleurait pas mes rêves de jeunesse au temps lointain où je venais m'asseoir au fond de cette salle pour entendre la voix des grands aliénistes, les Falret, les Magnan, qui ont illustré la psychiatrie française.

Dès cette époque Pierre Janet était pour nous, apprentis psychologues, un guide dont nous admirions la netteté, ce « vernis des maîtres », selon le mot de Vauvenargues. Alors, comme aujourd'hui, on parlait beaucoup de l'*Automatisme psychologique*, mais on l'envisageait sous un autre jour que l'ardente et subtile bio-mécanique moderne.

Et si *les stigmates et les accidents mentaux des hystériques* que nous décrivaient deux petits livres noirs, dorés sur tranches, maintenant épuisés, en plein succès il y a trente-cinq ans, si cette hystérie a subi de profondes modifications, tout près d'abandonner même son vieux titre de grande simulatrice pour se glisser, à son tour, dans la région opto-striée, fertile en promesses, elles n'en gardent pas moins leur intérêt et leur utilité les conceptions lumineuses de Pierre Janet sur *les Névroses*, exposées dans un autre livre, de même format que les précédents, mais rouge celui-ci et de quinze ans plus jeune. C'est un régal pour l'esprit que de relire ces pages où les symptômes des hystériques s'opposent à ceux des psychasthéniques en des paragraphes harmonieusement alternés sur les idées fixes et les obsessions, les amnésies et les doutes, les paralysies et les phobies, les anesthésies et les algies, sur les attaques des premiers, les agitations forcées des seconds, la suggestivité et la distractivité des uns, les sentiments d'incomplétude des autres. Et au dernier chapitre, le précurseur s'y décèle dans la définition globale de ces troubles fonctionnels : « Maladies de tout l'organisme arrêté dans son évolution vitale », théorie reprise de nos jours, en effet, par ceux qui attribuent la genèse des psychose hébephéniques à la défaillance de l'élan vital.

Ce chef-d'œuvre didactique résumait les travaux

considérables publiés au début du siècle : *Névroses et Idées fixes, les Obsessions et la Psychasthénie*. Synthèses d'observations pénétrantes, d'expériences précises, d'interprétations exactes, remplis d'idées neuves et d'expressions imagées, ils devinrent vite classiques et l'on sait la singulière fortune de ce contact avec la réalité, de cette « appréhension de la réalité », nommée « fonction du réel » dont la perte, après avoir caractérisé l'abaissement de la tension psychologique, serait, suppose-t-on, le fondement de la schizophrénie, laquelle, à vrai dire, s'élargit un peu trop aux dépens de la psychasthénie ; notre regretté collègue, Arnaud, nous l'indiquait à propos d'un malade dont l'attitude interrogative nous était présentée comme un signe de démence.

Vers cette même année 1900, *La Revue Neurologique*, dans un court article bibliographique, rendit compte d'un mémoire de Freud sur l'origine sexuelle des obsessions ou de la névrose d'angoisse, qui piqua notre curiosité, mais n'obtint, chez nous, à ce moment, qu'une vogue éphémère. Depuis lors une église universelle s'élève à la place de la chapelle freudienne. Cependant, tous ceux que n'aveugle pas le dogme impératif aperçoivent que les *médications psychologiques* pratiquées par Pierre Janet et enseignées dans trois beaux volumes, équivalent, sinon mieux, à la psychanalyse dépouillée de ses exagérations systématiques, de son pansexualisme avec « ses investigations indiscrettes et souvent dangereuses ». Aussi bien ouvrez l'œuvre récente : *De l'Angoisse à l'Extase*, et aussitôt emportés par cette histoire passionnante d'une mystique, suivie pendant vingt-deux ans, fouillée et merveilleusement commentée dans ses idées, ses actes, ses sentiments et ses stigmates somatiques, soignée aussi avec la plus charitable sollicitude, vous comprendrez la valeur des qualités éminentes, clarté, finesse, bonté, grâce auxquelles les psychiatres français, sans méconnaître les richesses d'autrui, n'envient rien à personne.

La Psychologie expérimentale, aiguillée sur l'examen des aliénés par Théodule Ribot, perfectionnée

ensuite par Pierre Janet et par son école dans les services de Charcot et de ses élèves, la Psychologie expérimentale a resserré les liens qui s'étaient noués entre philosophes et médecins au baptême de la Société médico-psychologique. En 1888, jeune professeur au lycée du Havre, Pierre Janet écrivait cette phrase qu'il répète certainement au Collège de France et à l'Institut : « Sans la médecine qui lui montre les sujets atteints des maladies particulières dont il a besoin, qui le prévunit contre les accidents possibles et lui prête sans cesse le secours de son expérience, le psychologue ne pourrait pas aborder l'étude expérimentale des phénomènes de la conscience. »

Plus que jamais nécessaire à la connaissance de la personnalité, cette association des psychologues et des médecins contribue largement aux progrès de la Pathologie mentale et à son rayonnement. Biologique par excellence, car, à l'hôpital comme au laboratoire, elle s'attache à expliquer les anomalies d'une fonction suprême de la vie, la pensée, après les avoir minutieusement analysées, notre science a vaincu définitivement les préjugés de ses contempeurs qui la méprisaient parce qu'ils l'ignoraient et dont Sérieux, mon maître vénéré, dans le magnifique discours qu'il prononça ici même, en 1911, au seuil de sa présidence — c'était, il m'en souvient, le jour où vos suffrages m'accueillirent, — Sérieux flétrissait l'ignorance spéciale de gens qui pour apprécier notre domaine se contentaient d'un regard sur le mur extérieur. « Les vitraux d'une cathédrale, disait Sérieux, s'ils sont vus du dehors, n'offrent à l'œil que de vastes surfaces vides, poussiéreuses et sombres ; mais à qui pénètre dans l'intérieur ils révèlent la variété de leurs compositions et la splendeur de leurs couleurs. »

Je n'ai plus, mes chers collègues, en vous renouvelant mes remerciements et l'assurance de ma gratitude, qu'à vous demander votre indulgence pour l'accomplissement de ma tâche. J'y serai, heureusement, aidé par notre vigilant Secrétaire général le Docteur Henri Colin qui veut bien m'honorer de son amitié et qui, pour le plus grand profit de notre Société, sait à la

fois maintenir les bonnes traditions et encourager les initiatives généreuses. Nos actifs secrétaires des séances, MM. Guiraud et Minkowski, ainsi que notre précieux trésorier, mon ami Raymond Mallet, se joindront à lui pour me faciliter la besogne. Je félicite M. le Professeur Claude de son élection et je me félicite aussi de le voir siéger à mes côtés en des séances où il nous fera bénéficier de son savant enseignement.

Rapport de la Commission des Finances

M. PACTET. — L'avoir de la Société, au 31 décembre 1928, était de	28.108 24
Les recettes en 1929 ont été de	4.418 »
Total	<u>32.526 24</u>
Les dépenses en 1929 ont été de	3.481 10
Il reste donc un excédent total de	<u>29.045 14</u>

Se décomposant ainsi :

Société Médico-Psychologique	13.130 04
Prix Aubanel	10.511 60
Prix Belhomme	2.150 »
Prix Moreau de Tours	300 »
Prix Christian	<u>2.953 50</u>
Total	<u>29.045 14</u>

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société Médico-Psychologique	566 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau de Tours	100 »
Prix Christian	<u>302 »</u>
Total	<u>2.068 »</u>

Je vous propose d'adopter ces comptes et d'adresser nos remerciements et nos félicitations à M. le Docteur Mallet, notre sympathique trésorier (assentiments).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ

Nomination des Commissions de Prix

M. H. COLIN, secrétaire général. — PRIX AUBANEL.
Un mémoire a été déposé pour ce prix qui doit être décerné en 1930. Nous vous proposons une commission composée de MM. PACTET, MALLET, TRÉNEL (adopté).

PRIX MOREAU DE TOURS. Plusieurs thèses ont été envoyées. Nous proposons une commission composée de MM. BEAUDOUIN, MIGNOT, SANTENOISE (adopté).

PRIX ESQUIROL. Un mémoire a été déposé. Nous proposons une commission composée de MM. DE CLÉRAMBAULT, DUPOUY, LÉVY (adopté).

**Etude critique des morphogrammes schizoïdes
de Kretschmer**

Par Mlle PASCAL et J. VIÉ

Dans cette note, nous avons l'intention de résumer brièvement les *conclusions théoriques* auxquelles nous ont conduites les recherches entreprises, depuis *un an et demi*, sur 108 démentes précoces de nos services de l'Asile de Maison-Blanche, en ce qui concerne la *morphologie* de ces maladies (1).

Nous avions été frappés par ce fait que la plupart des études consacrées à la schizophrénie et à la constitution schizoïde se cantonnaient dans le domaine psychologique, alors que pour Krestchmer la schizoïdie comportait un double versant physique et mental inséparables l'un de l'autre. « Par constitution, dit Kretschmer, nous entendons l'ensemble des propriétés individuelles qui reposent sur l'hérédité, c'est-à-dire qui sont liées aux génotypes (2) ». Un type physique

(1) *Travail des services de Mlle Pascal et de M. Capgras.*

(2) KRETSCHMER. — *Körperbau und Charakter*, 8^e édition, 1929, p. 225.

déterminé figure ainsi parmi les conditions mêmes de la schizoïdie.

Parti des mêmes postulats que Morel : notion de corrélation entre le physique et le moral, notion de l'hérédité des caractères psychiques et somatiques, Kretschmer, par l'un de ces singuliers retours fréquents en pathologie mentale, arrive à ressusciter la synthèse de la dégénérescence qui, depuis Gilbert Ballot et Génil-Perrin, semblait, en tant que critérium nosologique, rentrée dans le domaine de l'histoire rétrospective.

DE MOREL A KRETSCHMER

Par certains côtés, l'œuvre de Kretschmer apparaît même beaucoup plus étroite que celle de Morel, beaucoup plus éloignée de l'esprit de la pathologie générale.

Dans son échelle de péjoration des intelligences déchues, Morel assigne à la démence précoce deux places différentes : il la range tout d'abord en haut de l'échelle, parmi les folies dégénératives de première génération, à côté de l'hypochondrie, des obsessions, du déséquilibre mental, mais c'est surtout au dernier degré que nous trouvons la vraie démence précoce « type Morel », à côté de la surdi-mutité et de la dégénérescence crétineuse.

Morel décrit, d'une façon toute particulière, le *crétinisme tardif* de la seconde enfance et de la puberté qu'il étudie sous le nom de dégénérescence consécutive.

Au point de vue étiologique, Morel (1) partage, comme l'ont fait depuis Régis, Marchand, les déments précoces en deux catégories distinctes : la première renferme les sujets nés avec des dispositions congénitales vicieuses, « ils portent virtuellement en eux le germe de la funeste maladie dont ils sont atteints plus tard, à moins qu'une sage et intelligente prophylaxie ne vienne corriger les dispositions fatales implantées

(1) MOREL. — *Etudes cliniques*, t. II, p. 285.

dans les fibres les plus profondes et les plus fines de leur organisme ».

Dans la seconde classe, « sont compris ces malades qui, sans être complètement soumis aux influences héréditaires, paraissent cependant avoir été soumis à des influences d'un autre ordre, qui toutes, à des degrés variés, ont le triste privilège d'égarer la raison ». Ce sont surtout les excès précoce, vénériens, onanistiques et autres, l'abus des boissons et aussi *certaines maladies* pour ainsi dire *spécifiques*, qui semblent avoir une action sur la libre manifestation de nos actes intellectuels, je veux parler de la fièvre typhoïde, de la phthisie, des scrofules...

Morel reconnaît ainsi à la démence précoce, à côté d'un terrain dégénératif *aspécifique*, des facteurs étiologiques acquis par les maladies de l'œuf, de l'embryon, du fœtus, de la première enfance et de l'adolescence ; il les signale tous, sauf la syphilis dont le rôle demeurait inconnu à l'époque ; c'est à eux seuls qu'il reconnaît une valeur spécifique.

Kretschmer ne cite jamais Morel. Ses deux tempéraments schyzothyme et cyclothyme, ses deux constitutions pyknique et dysplasique nettement définies ainsi que tous leurs sous-groupes, tiennent des conceptions Weismaniennes de l'hérédité, la précision et la fixité, similitude et continuité, sans aucune influence *métabolique*. Kretschmer fait table rase des conceptions biologiques modernes, celles de Rabaud, celles de Hering-Semon. Pour lui, les éléments somato-caractériels sont liés uniquement à la nature des gènes et au jeu de leurs combinaisons suivant une arithmétique fatale. L'hérédité de l'acquis est problématique, les types existent, par eux-mêmes, à l'état pur, ils ne peuvent être qu'altérés par les affections intercurrentes. Kretschmer se félicite d'avoir pu disposer d'un « matériel très pur », d'une population rurale pauvre en syphilis, élevée dans des conditions de vie simple et saine. Il considère que « des maladies exogènes chroniques, telles que, par exemple, la syphilis ou la tuberculose, agissent profondément sur l'habitus corporel et peuvent même, dans certains cas, déformer le type

structural constitutionnel au point de le rendre méconnaissable. Quand nous trouvons des tableaux atypiques, dit-il, il nous faut toujours bien penser à ces facteurs, en dehors des alliages et des croisements ».

La constitution schizoïde est donc *spécifique*, indépendante des facteurs pathologiques exogènes, ceux-ci ne peuvent que masquer la constitution, en altérer la pureté.

La synthèse constitutionniste de Kretschmer n'a pas de ressemblance foncière avec les biotypes endocrino-morphologiques de l'école italienne, de Viola, de Pende, que Zanelli tente de leur superposer. Kretschmer n'accorde à l'action des glandes internes qu'une place secondaire. Au premier plan, il place l'hérédité schizothyme répétée de génération en génération par les gènes maléfiques, avec une fatalité statistique que n'avait pas la déviation maladive héréditaire de Morel.

Disons en quelques mots sous quels aspects morphologiques se manifeste la schizothymie.

Les aspects morphologiques de la schizothymie

Pour Kretschmer, tandis que la constitution cycloïde se manifeste sous l'habitus pyknique, la schizothymie comporte une certaine variété de structures : type asthénique ou leptosome, types athlétiques, types displasiques.

Rappelons-en les traits fondamentaux :

1. Le type *asthénique* ou *leptosome* se définit essentiellement par une « croissance minime en grosseur, la croissance en longueur n'étant pas modifiée », ce qui donne l'impression de sujets grêles et maigres, étroits d'ossature, peu musclés ; le profil est anguleux, le nez long, le crâne ovoïde.

L'école française, avec Laignel-Lavastine, ajoute à ces notions la fréquence des ptoses viscérales avec troubles du tractus digestif, déséquilibre vago-sympathique et endocrinien.

2. Les *athlétiques* ont une structure osseuse épaisse

et dense, la musculature est vigoureuse, le crâne massif, de lignes grossières, aux formes outrées.

3. Enfin le groupe des *dysplasiques* renferme des sous-types variés : ennuchoïdes de grande taille à crâne turriforme, virilisme et efféminité, obésité et sujets atteints de troubles pluriglandulaires. L'aspect le plus répandu répond toutefois au type *hypoplasique*, celui-ci se définit par le développement insuffisant de l'ensemble du corps et de ses parties, y compris la croissance en longueur. L'hypoplasie frappe certains points de façon élective : la face et les extrémités : au visage, atrophie du massif *médio-facial* avec diminution de la hauteur nasio-buccale ; imperfection du modelé nasal : nez camus, court, relevé, enfoncé ou élargi à sa base, etc..

Par exception, quelques pykniques peuvent enfin être dotés d'un tempérament *schizothyme*.

RÉSULTATS DE NOS RECHERCHES

Nos recherches ont porté sur 108 femmes atteintes d'hébéphréno-catatonie.

Voici comment elles peuvent se répartir par rapport aux types de Kretschmer :

Malades pouvant être classées dans les types de Kretschmer : 57.

Type <i>pykniq</i>	4
— <i>athlétique</i>	1
— <i>asthénique</i> ou longiligne	9
— <i>asthénique</i> ou chétivisme	2
— <i>hypoplasique</i> de Kretschmer	31
— <i>dysplasique</i> atténué (nez allongé)	5
— <i>dysplasique</i> à prédominance d'infantilisme	5

Malades voisines du type normal moyen : 51.

1° Nous ferons remarquer avec Kretschmer que le sexe féminin présente des traits *moins accusés* que les hommes. On ne rencontre pas par exemple de facies pithécoïdes, les types sont moins nettement marqués, les formes intermédiaires sont plus fréquentes ; les athlétiques sont rares, les ennuchoïdes exceptionnels.

2° Il nous a paru *impossible de faire entrer* dans un cadre même assoupli *la totalité des cas*. Chez 48 pour 100 de nos malades, rien dans l'ensemble de leur *habitus extérieur*, pas plus que dans une synthèse de détails, ne permet de les faire sortir d'un *type normal moyen*, tel que le font envisager les travaux de M. Papillaut ; leurs anomalies physiques sont isolées, légères ou nulles, elles n'altèrent pas le type normal au point de créer une morphologie, des proportions nouvelles ; et nous ne pensons pas qu'il faille étendre au point de les rendre méconnaissables des types tels que ceux de Kretschmer, qui doivent demeurer nets et précis pour garder une signification médicale.

3° Les 57 autres malades se répartissent conformément aux vues du psychiatre allemand ; tandis que le type pykniqne ne compte que 4 représentantes, l'athlétique une seule, la prédominance revient aux asthéniques et aux dysplasiques.

4° Ces types, notons-le bien, ne nous ont pas paru appartenir exclusivement aux déments précoces, nous les avons observés (sans établir de statistique) chez des sujets considérés comme normaux, chez des épileptiques, des arriérés (hypoplasiques), et surtout des psychonévrosés (longilignes ptosiques et déséquilibrés vago-sympathiques).

Des types d'ensemble aux anomalies morphologiques localisées

Nous avons rencontré un certain nombre de femmes qui avaient conservé un aspect et des proportion *infantiles*. L'étroitesse du bassin, l'aplasie mammaire, l'exiguïté des mains et des pieds se joignent, chez elles, à une expression du visage qui porte à leur attribuer un âge bien inférieur à celui de leur état civil.

A côté de ces infantilismes d'ensemble, on a relevé dans certains cas un arrêt de développement électif, surtout au niveau des mains, qui sont courtes, frêles, gracieuses (16 cas).

Kretschmer signale ce fait sous le nom *d'acromie*. Nous en rapprochons l'hypoplasie élective des seins,

rencontrée 16 fois. Deux autopsies nous ont permis de constater cette hypoplasie viscérale, — surtout cardio-pulmonaire — que Vigouroux appelait *infantilisme viscéral*.

Dans un petit nombre de cas, l'ensemble de la stature était altéré par de grosses *disproportions segmentaires*; faible longueur des membres par rapport à celle du tronc, largeur des hanches ne dépassant pas celle du thorax, infantilisme avec membres supérieurs anormalement courts dans tous leurs segments.

Enfin, nous avons noté toutes les *anomalies morphologiques localisées*, « stigmates de dégénérescence » des classiques.

Jamais nous n'avons relevé de *malformations téatologiques* (bec de lièvre, *syndactylie*, *spina bifida*, microcéphalie, etc.). Mais, par contre, nombreuses sont les dystrophies de moindre importance; elles s'accumulent chez certains sujets, précisément ceux qui offrent le plus nettement les types dysplasiques et leptosomes de Kretschmer : petites anomalies craniennes, disproportions crano-faciales, asymétrie et petites malformations des oreilles, anomalies portant sur le système maxillaire supérieur.

Nous en avons donné ailleurs la statistique détaillée.

VALEUR PATHOGÉNIQUE DE CES STIGMATES

L'école française de la dégénérescence, avec Magnan, Joffroy, Legrain, etc., avait amorcé l'étude des causes morbides de celles-ci, insistant surtout sur l'alcoolisme et la tuberculose.

1. Avec les progrès de la pathologie générale, la part de la *syphilis héréditaire* constitue actuellement un problème résolu. Les professeurs Fournier, Gaucher, Hutinel, Fournier fils, etc., se sont attachés à déterminer les stigmates de la syphilis héréditaire. Ils ont distingué les stigmates cicatriciels consécutifs aux foyers actifs (exceptionnels chez nos malades, une kératite), et les stigmates dystrophiques ou hérédo-parasyphilis de Fournier. Nous les avons rencontrés chez 57 de nos

malades, 25 fois ils s'alliaient à l'infantilisme ou au type dysplasique de Kretschmer ; 9 fois le Wassermann était positif. Certains de ces signes ont une valeur de quasi-certitude (front olympien, palais ogival, incisives en tournevis, en pointe, érodées en biseau, en coup d'ongle, absence congénitale des incisives...). D'autres valent surtout par leur groupement (écartement des incisives supérieures, microdontisme, arcade pileuse intersourcilière, tubercule de Carabelli).

Au récent Congrès de Barcelone, Hamel vient d'en montrer la fréquence dans certains groupes de psychopathes : arriérés, épileptiques, déments précoce.

L'école de Fournier a été plus loin, elle a établi des morphogrammes d'hérédo-syphilitiques, qui sont classiques; ils se remarquent par la laideur, la vulgarité ou l'aspect étrange de la physionomie. On connaît la part de la syphilis dans l'infantilisme, le juvénilisme, le chétivisme. La syphilis, dit Fournier, a son *style dystrophique*. Celui-ci, comme l'a montré Hutinel, s'exerce par les défaillances endocrinianes, thyro-génitales surtout. L'infantile de petite taille, gracieux ou rabougris, au teint gris sale; l'hypoplasique de Kretschmer, son faux athlète, son leptosome asthénique se retrouvent dans les dystrophies hérédo-syphilitiques de Fournier.

2. Mais la syphilis, malgré l'importance de son action dystrophique, n'épuise pas la totalité des faits. *Des infections diverses*, surtout celles de la première et de la seconde enfance, se retrouvent dans le passé de la moitié de nos malades. Le chétivisme, les stries dentaires en conservent la trace. Le rachitisme a laissé dans quelques cas des scolioses, des malformations localisées de la cage thoracique.

3. Des *cypholes*, chez 23 0/0 de nos sujets, semblent secondaires à la démence précoce elle-même; elles accompagnent l'évolution démentielle, deviennent fixes et irréductibles.

4. Il reste, pour terminer, celles des anomalies qu'aucune étiologie ne peut revendiquer à l'heure actuelle avec quelque apparence de certitude : asymé-

tries faciales, auriculaires, mammaires, assez fréquentes, bien que peu accentuées dans notre série.

En définitive, ce qui domine dans l'étiologie des troubles morphologiques rencontrés chez les déments précoces, c'est la fréquence des hybridités, des interférences toxi-infectieuses, des alliages nombreux de l'héréro-syphilis et de la syphilis acquise avec la tuberculose, *ce scrofulate de vérole, ce lymphatisme* des vieux auteurs. Le terrain de la démence précoce est souvent un cumul, une combinaison de tares.

CONCLUSION

En conclusion de cette étude critique, remarquons que la théorie de la dégénérescence est restée toujours féconde, ainsi qu'il y a bien longtemps, le prédisait Falret. Réduite à l'étiologie et à la morphologie pathologique, elle est encore d'un enseignement utile à la condition de préciser sa valeur logique et d'approfondir les rapports qu'elle soutient avec la pathologie générale.

L'étude du monde vivant rend inacceptable la coordination et la subordination de la psychologie à la morphologie fixée, du fonctionnel au statique.

Rabaud s'est attaché à le démontrer et Ch. Richet insistait récemment sur ce point : « Vraiment, écrivait-il, l'idée de la forme ne nous renseigne que très incomplètement sur la fonction ; ces deux belles sciences, la morphologie et la physiologie, sont à peu près indépendantes l'une de l'autre. »

Le parallélisme évolutif des deux séries morbides, morphologiques et psychologiques est un effet et non une cause. Celle-ci doit être recherchée dans les multiples combinaisons de la pathologie générale.

Nos 108 observations confirment cette manière de voir. Elles ne permettent pas d'accepter la préformation anatomo-psychique, la corrélation de la schizothymie à la leptosomie ou à l'hypoplasie.

La moitié de nos démentes précoces appartiennent au type physique moyen. Les morphogrammes schizothymes de Kretschmer ne sont ni pathognomoniques

ni constants. Lorsqu'ils existent, ils représentent l'inscription anatomique de tares nombreuses, d'hybridités et d'interférences morbides, ils ne constituent pas en eux-mêmes le déterminisme pathogénique de la démence précoce.

M. GUIRAUD. — Je voudrais souligner tout particulièrement un point sur lequel ont attiré l'attention, dans leur communication, Mlle Pascal et M. Vié : les affections mentales et plus particulièrement l'hébephreno-catatonie sont susceptibles de créer parfois par elles-mêmes des modifications morphologiques, circonstance dont il faut tenir compte, quand on essaie d'établir des rapports entre les diverses constitutions psycho-pathologiques d'une part, et les propriétés morphologiques de l'autre, comme l'a fait Kretschmer.

Délires secondaires à la manie Délires interprétatifs

Par le Dr J. LAUTIER

(Asile d'Alençon)

Si nous recherchons, dans un des manuels de psychiatrie contemporains, quelle est l'évolution et quelles sont les formes terminales de la psychose maniaque-dépressive, nous ne retirons de notre lecture que des connaissances, fort incomplètes. Les auteurs de ces traités signalent comme évolution la plus habituelle la *restitutio ad integrum* après chaque accès ; ils mentionnent aussi la production d'accès de plus en plus fréquents avec un certain affaiblissement intellectuel dans l'intervalle des crises, affaiblissement plus ou moins caractérisé et plus ou moins complet suivant les descriptions. Enfin, la maladie peut encore se terminer par la mélancolie chronique ou la manie chronique, la première considérée comme assez fréquente, la seconde comme très rare.

A propos de la mélancolie chronique, on décrit le syndrome de Cotard et le délire des persécutés mélancoliques. Sur les délires consécutifs à la manie, les manuels restent muets. Il semble que ce soit un sujet momentanément laissé de côté, disparu du champ de l'actualité psychiatrique. Le dernier travail important consacré aux délires secondaires aux périodes d'excitation de la maniaque-dépressive, paraît être le rapport de M. Anglade du Congrès de Marseille de 1899 (1).

Il semble que si les délires post-maniaques sont actuellement ainsi passés sous silence, c'est parce que ce diagnostic a dû être autrefois souvent porté dans des cas que l'on rangerait aujourd'hui dans la démence précoce ou la schizophrénie. L'accès d'agitation initial, pris pour de la manie, était en réalité un début d'hébéphrénocatatonie avec agitation. Par méfiance, on aurait ensuite négligé les véritables délires secondaires à la manie.

Il est cependant des états délirants succédant de façon indéniable à de véritables accès de folie périodique et évoluant de façon chronique. Il serait intéressant de reprendre et de compléter la description de ces délires.

Voici les traits essentiels de leur symptomatologie d'après M. Anglade :

1° les délires post-maniaques sont plus rares que les délires post-mélancoliques (1,65 0/0 au lieu de 3,51 0/0). Ces délires se font remarquer par la persistance de l'accélération du cours des idées, par la variabilité et par l'absence de la logique qu'on observe dans la paranoïa primitive ;

2° les conceptions délirantes sont polymorphes, mal liées, exposées sans ordre. Somme toute, le délire est très peu systématisé ;

3° il y a, en général, contradiction entre les actes et les paroles, entre la façon de vivre et le thème délirant ;

(1) Les délires systématisés secondaires, par le Dr Anglade. Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Marseille, avril 1899.

4° il y a disparition complète des sentiments affectifs ;

5° il y a suractivité musculaire, exagération de l'appétit, perversion de la sensibilité, hallucinations fréquentes, surtout de l'ouïe ;

6° les tares héréditaires sont fréquentes ;

7° au point de vue pathogénique, il y a fixation de quelques-unes des idées délirantes adoptées pendant la période aiguë de la manie, ou interprétation des sensations anormales ressenties à cette époque. La mégalomanie est fréquente ; souvent aussi, il y a épanouissement de tendances obsédantes anciennes longtemps contenues (par exemple érotiques) ;

8° il y a déchéance intellectuelle, souvent inaktivité complète. Mais il ne s'agit pas d'une démence profonde ; la mémoire et les facultés de raisonnement et d'association sont longtemps conservées.

Nous connaissons des malades auxquels s'applique de façon parfaitement exacte la description de M. Anglade. Dans tous les asiles se trouvent quelques-uns de ces états délirants consécutifs à un ou plusieurs accès maniaques. Mais on peut se demander s'ils méritent le nom de : « Délires systématisés ». Il ne semble pas que la fixité des idées délirantes mérite le nom de systématisation, lorsqu'elles se font remarquer par le manque de « la faculté de critique et d'association », comme dit l'auteur lui-même, et que « le délire est une perpétuelle contradiction. »

Nous avons observé quelques cas d'une tout autre forme de délire secondaire à la manie, dont il n'est pas question dans le rapport de M. Anglade. Dans cette forme, le délire est véritablement systématisé ; il est basé sur des interprétations ; il n'y a aucune déchéance intellectuelle, aucune perte de l'activité, aucune contradiction entre les paroles et la conduite, aucune diminution de l'affectivité.

Il s'agit en somme de délires systématisés interprétatifs, sans évolution démentielle, succédant à une crise maniaque de la folie intermittente. Nous allons en rapporter deux observations. Elles sont d'autant plus

caractéristiques que, dans les deux cas, la crise maniaque à laquelle a succédé le délire n'était pas la première manifestation soit maniaque, soit dépressive, et que le diagnostic de psychose périodique paraît absolument certain.

OBSERVATION I

Mme L., veuve P., est internée en 1924 à l'Asile d'Alençon, sur la production du certificat médical suivant :

« Je soussigné, médecin de l'Hôpital d'Argentan, certifie que Mme veuve P., âgée de 70 ans, trouvée errante dans les rues d'Argentan, où elle était arrivée à pied ayant parcouru la nuit une distance d'environ 20 kilomètres, est atteinte d'aliénation mentale.

« Mme P., qui depuis 1917 a présenté, à diverses reprises, des troubles mentaux de courte durée causés par la mort de son fils tué au front, est aujourd'hui dans un état délirant continu. Elle est atteinte du délire de la persécution; ses ennemis sont nombreux et veulent l'empoisonner. Elle est atteinte du délire des grandeurs, elle est alliée à de grands personnages, elle dirige de grandes usines électriques et elle est immensément riche. Elle présente des lacunes de la mémoire, sa parole est saccadée, rapide. Elle est constamment en mouvement, son caractère est ombrageux, soupçonneux, méfiant, aussi refuse-t-elle de manger, et cela depuis deux jours, parce que ses aliments renferment du poison. Elle est irritable et deviendrait rapidement méchante si on n'admettait pas toutes ses idées. »

En réalité, Mme L.-P. se trouve dans un état maniaque aigu typique qui ne présente comme particularités que la richesse du délire et les tendances taquines et coléreuses. Comme chez la plupart des maniaques, les idées délirantes n'ont aucune fixité, varient d'un jour à l'autre et sont modifiées par la conversation et la discussion. Il ne paraît pas y avoir d'hallucinations véritables, mais seulement des illusions sensorielles, des fausses reconnaissances et de nombreuses interprétations,

Comme trait d'humeur taquine, notons qu'on est obligé de l'éloigner de sa voisine, une mélancolique auto-accusatrice. Ennuyée par ses jérémiades sempiternelles, elle a trouvé spirituel d'abonder dans son sens et de faire chorus lorsqu'elle s'accuse de tous les crimes.

Les renseignements fournis par la famille confirment le diagnostic. A la suite de deuils de guerre, Mme P. a présenté depuis sept ans trois crises psychopathiques, deux dépressives et une maniaque. Ces crises, de courte durée, ont abouti chaque fois à une guérison complète et n'ont pas nécessité l'internement.

En réalité, Mme P. n'a pas perdu qu'un seul fils à la guerre. Beaucoup plus durement éprouvée, elle a perdu son gendre et ses deux fils, dont l'un a été porté disparu. Notons à ce propos l'importance de cette mention de : disparu, dans la genèse des délires chez les parents des victimes de la guerre. Les pères, les mères, les épouses, souvent n'ont pas voulu croire à une mort qui n'était pas catégoriquement affirmée, et ont bâti des délires relatifs à la survivance d'un être cher.

Dès les premiers jours de son séjour, Mme L. a une fausse reconnaissance. Une sœur de la salle d'observation fortement charpentée et d'un aspect un peu masculin est reconnue par elle comme étant son fils disparu déguisé en religieuse.

L'état maniaque guérit. L'agitation motrice, la fuite des idées disparaissent. L'humeur change du tout au tout : elle qui se montrait si hargneuse et si taquine revient à son caractère habituel, qui est celui de la meilleure femme du monde. Les idées de persécution et de grandeur ne laissent que de vagues restes, qui demeurent presque toujours hors des préoccupations et qui ne revivent que si on la questionne à leur sujet.

Mais, au contraire, l'idée délirante de résurrection de son fils reste ancrée dans l'esprit de Mme P. et ne fait que se développer. Bientôt, elle en arrive à croire que la moitié environ des religieuses de l'Asile sont des hommes déguisés en femmes et, parmi toutes ces

fausses religieuses, elle en choisit trois pour représenter ses deux fils et son gendre morts.

Dès lors, de la fin de la crise maniaque jusqu'à sa mort survenue quatre ans plus tard, Mme P. a présenté le même délire parfaitement cristallisé, systématisé et entraînant une conviction complète.

Les idées de persécution et de richesse ne laissaient que de faibles reliquats, dont elle ne parlait jamais sans qu'on l'y amenât : d'une part, un vague souvenir d'avoir été intoxiquée par des gaz amenés par un tuyau le long de sa façade, elle ne savait par qui; d'autre part, la croyance que ses affaires n'étaient pas bien réglées et qu'on lui devait une pension d'ascendant plus forte que ce qu'elle touchait.

Par contre, elle était toujours occupée de ses fils et de son gendre retrouvés sous des robes de religieuses. Si elle ne les ennuierait pas continuellement par des effusions, elle montrait bien, dans les circonstances graves, sa parfaite conviction. Une des religieuses qu'elle prenait pour ses fils est morte pendant son séjour à l'Asile. Pendant sa maladie, elle a souvent demandé à être conduite à son chevet où elle lui parlait sur un ton tout à fait maternel. Le jour des obsèques, elle eut une grande discussion avec la supérieure, parce qu'elle voulait prendre la tête du cortège devant la communauté.

Il n'y avait donc nullement, chez elle, le désaccord entre les conceptions délirantes et la conduite que signale M. Anglade dans sa description. D'autre part l'activité et l'affection étaient intactes. Mme P. s'est toujours montrée une excellente travailleuse, s'intéressant à son entourage et prête à rendre service. Toutes les fois qu'il y avait un accouchement à l'Asile, les religieuses, qui n'aiment guère ce genre d'événement, demandaient à placer auprès de la parturiente Mme P., prête à faire la matrone et à donner les premiers soins.

N'ayant plus comme parents que sa fille et deux petits-fils, elle entretenait avec eux une correspondance très affectueuse.

Elle n'a présenté absolument aucune déchéance intel-

lectuelle jusqu'à sa mort survenue en 1928 par cancer de l'estomac. Son humeur était toujours gaie et euphorique, mais sans allure maniaque ; d'ailleurs, pendant la crise de manie, elle était au contraire hargneuse et taquine.

OBSERVATION II

Mme C., épouse B., née en 1872, a une première crise de dépression mélancolique en 1916. Traitée à l'Asile d'Alençon, elle sort complètement guérie au bout de six semaines.

Une petite crise dépressive de trois semaines, en 1920, n'entrant pas l'internement.

Nouvelle crise de dépression en 1922. Internement d'une durée d'un mois. Guérison.

En 1925, elle a chez elle une attaque d'apoplexie qui lui laisse une hémiplégie gauche très accentuée. A ce moment là elle n'a aucun trouble mental.

Elle entre à l'Asile pour la troisième fois le 15 mars 1927 et se trouve alors dans une période dépressive analogue aux précédentes. Elle n'a pas d'idées d'auto-accusation mais quelques idées de préjugé, le sentiment que tout ce qui se passe est extraordinaire, des hallucinations psychiques, de l'anidéation, une conscience nette de son état de maladie.

Cet état se modifie dans le cours de la première quinzaine. Je note que la maladie présente une inhibition psychique légère, très peu d'idées tristes, des irrégularités d'humeur, de courtes périodes d'excitation avec réactions coléreuses.

Il semble y avoir un état mixte (?) ou de rapides alternances de mélancolie et de manie. En fait, c'est une transition entre la crise dépressive et une crise maniaque qui devient bientôt tout à fait caractéristique.

Le caractère de la malade change. Elle devient hargneuse, coléreuse. Tandis que dans l'état mélancolique elle admettait très bien qu'elle était malade et que son internement était nécessaire, elle nie maintenant avoir aucune maladie et en avoir jamais eu ; elle

réclame violemment sa sortie. Elle ne peut me parler pendant plus de deux ou trois minutes sans se mettre en colère. La fuite des idées est très nette et apparaît, encore plus que dans les paroles de Mme C., dans ses écrits qui sont longs, décousus, rimés et assonnancés, bourrés de citations de proverbes, de poésies et de chansons populaires. Ces pots-pourris sont parfois assez spirituels.

La malade n'est pas du tout hallucinée, mais sent bien qu'elle n'est pas maîtresse, comme d'habitude, du cours de ses idées et qu'elle ne peut résister à ses colères impulsives. Bientôt elle forme une idée délirante explicative de ces phénomènes ainsi que de sa présence à l'Asile.

Elle est victime d'une association de médecins, de savants et de « romanciers », au nombre desquels elle me fait l'honneur de me compter, qui l'on fait enfermer et agissent sur son cerveau par des moyens occultes pour faire des expériences. Ses fils, trompés et contraints par ses persécuteurs, ont dû consentir à son internement. En outre, elle n'a jamais voulu croire qu'on ait liquidé son commerce d'épicerie et vendu son mobilier et qu'elle ne pourra désormais rentrer chez elle.

Depuis, ce délire est resté fixé et systématisé jusqu'à l'heure actuelle, c'est-à-dire pendant 3 ans. Mais avec ce délire coexiste un état de manie chronique bien plus marqué que dans la première observation. L'humeur batailleuse est restée la même que dans la période aiguë et les lettres continuent à être longues, rimées, farcies de citations et décousues. Parfois il y a une véritable graphorrhée.

La malade n'a aucune hallucination auditive, mais elle présente certains phénomènes visuels, lorsqu'elle est couchée et a les yeux fermés, qu'elle interprète comme produits par les « savants électriciens ». On ne peut cependant parler d'hallucinations visuelles. Voici comment elle décrit ces phénomènes dans ses lettres :

« Je vous dirai aussi que j'ai plaisir à voir le

cinéma qui m'est offert gratuitement par un électricien savant. Un savant médecin a fait une découverte géniale entre toutes, car, en effet, c'est un peu malin cette sorte d'accaparement du cœur des gens ainsi que de leur cerveau. Et voir l'arc-en-ciel la nuit dans son lit en fermant les yeux, ou la neige tomber sans rêver ni regarder dehors, ce n'est donc rien. Allez, si j'ai les yeux fatigués, je sais d'où cela peut provenir et ne changerai mes lunettes que lorsque ces savants auront terminé leur travail, ce qui ne saurait tarder je l'espère. Faire un récit complet de ce que j'appelle vulgairement le cinéma ne m'est pas possible et mon appréciation personnelle n'est vraiment rien quand je dis que c'est un travail supérieur. »

Comme dans notre première observation, il est certain qu'il n'y a pas, à l'heure actuelle, le moindre affaiblissement démentiel. L'affectivité et l'activité sont restées entières. Mme C. entretient les relations les plus normales avec ses fils, ses brus, ses petits-enfants. Si l'hémiplégie lui interdit beaucoup de travaux manuels, elle mène une vie intellectuelle active, lisant, écrivant beaucoup à sa famille et à ses amis.

Un mot encore pour parler de l'état physique de Mme C. Elle présente de graves signes d'artério-sclérose des centres nerveux. Les lourdeurs de tête, les vertiges, les fatigues sont fréquents. A deux reprises une nouvelle attaque d'apoplexie a paru tout à fait imminente et elle n'y a échappé que par un traitement prophylactique sévère.

Dans ce cas, ainsi d'ailleurs que dans le précédent, il n'y a aucune tare héréditaire psychopathique connue.

*

On voit par quels caractères ces délires interprétatifs diffèrent des délires secondaires à la manie décrits par M. Anglade :

- 1° Systématisation bien supérieure,
- 2° Concordance du délire et de la conduite,
- 3° Absence de tendance démentielle,
- 4° Persistance de l'affectivité et de l'activité,

5° Absence presque complète de troubles des perceptions.

Une question que l'on peut nous poser est celle-ci : Pourquoi avoir intitulé cette communication : Délires secondaires à la manie, lorsque nos deux malades avaient eu des périodes dépressives aussi bien que des périodes maniaques, et lorsque M. Anglade consacre, dans son rapport, un chapitre spécial aux délires secondaires à la folie à double forme ?

En premier lieu, on croit beaucoup moins qu'autrefois à la fréquence de la manie intermittente pure, et l'on admet qu'il y a presque toujours chez les intermittents des périodes dépressives au moins passagères.

En second lieu, c'est au cours de la période maniaque que les délires de nos deux malades ont pris naissance et les périodes dépressives n'ont joué aucun rôle dans la pathogénie des idées délirantes.

Dans cette pathogénie, nous trouvons les éléments qu'a indiqués M. Anglade : arrêt de la pensée sur une ou plusieurs conceptions délirantes nées pendant la crise maniaque, interprétations de sensations ressenties dans cette crise, épanouissement d'idées obsédantes antérieures, jusque-là contenues.

Dans le cas de Mme P. il y a fixation de l'esprit sur une fausse reconnaissance maniaque : le fils disparu retrouvé dans la personne d'une religieuse, et épanouissement de la tendance obsédante à ne pas croire à la mort de cet être cher.

Dans le cas de Mme C. c'est l'interprétation des troubles apportés au psychisme par la manie elle-même, leur attribution à une puissance extérieure qui expérimente sur son cerveau.

Mais il me semble que la manie n'est pas la seule cause de l'éclosion de tels délires interprétatifs. Elle ne les engendre que chez des individus déjà constitutionnellement prédisposés à interpréter et à délirer. On sait qu'un bon nombre de paranoïaques restent toute leur vie exempts de troubles délirants : il leur a manqué l'occasion, le choc qui eût déclenché l'organisation du délire. La manie doit merveilleusement favo-

riser cette organisation. Pendant sa durée, les facultés de jugement, de raisonnement, de logique qui ont jusqu'alors permis la correction des tendances paranoïaques sont momentanément abolies. Si certains maniaques peuvent, à la fin de l'accès, faire encore la correction du délire de la période aiguë, d'autres n'en sont plus capables et le délire chronique est né.

D'où vient que le délire interprétatif ne s'organise pas forcément dès la première crise de folie périodique, mais seulement au bout d'un certain nombre d'accès ? Il peut y avoir à cela bien des raisons. Certaines crises sont beaucoup plus délirantes que d'autres ; les crises répétées peuvent à la longue agir sur le psychisme, diminuer les facultés logiques et ne plus permettre la correction des idées fausses ; dans certains cas (Obs. II), il n'y a plus retour à un état normal, mais restes indélébiles d'hypomanie. Enfin, la sensation ou l'émotion qui est à la base des interprétations peut-être plus forte, plus intense que celles précédemment ressenties. Ainsi Mme P. a dû avoir une fausse reconnaissance particulièrement frappante lorsqu'elle a cru voir son fils dans une religieuse et n'a plus discuté la réalité de cette reconnaissance, tandis qu'elle abandonnait ses idées de persécution et de richesse.

Dans l'observation de Mme C., on ne peut s'empêcher de prêter de l'importance à l'attaque d'apoplexie qui l'a frappée deux ans avant son dernier accès. Tandis que les crises dépressives qui l'avaient précédée avaient, en un temps très court, abouti à une guérison complète, la crise postérieure a évolué de la mélancolie à la manie, puis au délire interprétatif. Il semble que les troubles de la circulation cérébrale aient agi sur les phénomènes psychiques et que les tendances interprétatives leur aient dû leur création ou leur renforcement.

Rappelons, en terminant, que l'auteur allemand Specht a, en 1908, émis la théorie que le délire paranoïaque ferait tout entier partie de la psychose maniaque-dépressive (1). Il se base, pour défendre cette

(1) Cf. René Bessière. Paranoïa et psychose périodique (*Thèse de Paris, 1913*).

conception, sur le mode habituel du développement des délires interprétatifs, qui se fait, non progressivement et régulièrement, mais par paroxysmes que séparent des périodes de calme. Dans le paroxysme, les délirants chroniques prendraient une allure hypomaniaque ; d'autre part, des périodes dépressives favoriseraient les idées de persécution.

A cela, on peut répondre que, malgré leurs périodes de suractivité intellectuelle, il est rare que les paranoïaques puissent être confondus avec des maniaques, et que le diagnostic différentiel se pose bien rarement. D'autre part les périodes d'agitation sont en général motivées, se manifestent lorsqu'une nouvelle persécution, un échec, un triomphe viennent fouetter l'esprit de l'interprète. Enfin, je ne crois pas que l'on ait signalé des périodes maniaques antérieures au début du délire dans la paranoïa habituelle. C'est pourquoi, je crois toujours à l'existence de délires interprétatifs primitifs, différents des délires d'interprétation secondaires à la manie que je viens de décrire.

COMMUNICATION DE DISCUSSION

M. DUPOUY. — L'une des malades de M. Lautier est très âgée, l'autre est atteinte d'artériosclérose ; il est par conséquent difficile d'écartier la possibilité d'un affaiblissement intellectuel, venant compliquer le tableau clinique ; le choix de ces cas, pour l'étude des rapports entre la manie et les délires interprétatifs, n'est peut-être pas très heureux, pour cette raison. D'autre part, quand il s'agit des rapports en question, il faut également penser à la possibilité d'une manie confuse ; dans ce cas, il existerait une analogie, du point de vue pathogénique, entre les idées interprétatives post-maniaques et les idées fixes post-oniriques ; elles dépendraient davantage de l'élément confusionnel que de l'élément maniaque. Mais il existe aussi incontestablement des malades qui présentent un état hypomaniaque et un délire interprétatif ; je crois que, dans ces cas, il s'agit non pas d'un rapport plus intime entre

l'hypomanie et le délire, mais d'une association due à la coexistence de deux facteurs constitutionnels différents.

M. DELMAS. — Je partage entièrement la façon de voir de M. Dupouy. En ce qui concerne les malades de M. Lautier, il semble bien qu'elles restent hypomaniques même après l'apparition du délire, de sorte qu'il paraît plus exact de parler, pour elles, de délire hypomaniaque ou maniaque et non pas de délire secondaire. Il s'agit, dans ces cas, à mon avis, de psychoses associées, ce qui d'ailleurs n'exclut pas que l'état hypomaniaque ait pu contribuer à réveiller les tendances paranoïaques. A ce point de vue, je crois que la conception de Specht, en dépit de ses exagérations, contient une part de vérité; je veux dire par là que la constitution cyclothymique a, en effet, un rôle déclanchant par rapport à toutes les autres tendances, et que, de ce fait, là où il s'agit de constitutions associées, l'excitation maniaque peut faciliter l'apparition d'un délire de revendication. Il est intéressant de rappeler à ce point de vue que M. Capgras a signalé la fréquence d'un état d'exaltation chez les revenants. J'ai parlé jusqu'à présent des cas où le facteur maniaque et le facteur paranoïaque se manifestent, au cours de la psychose, simultanément et, pour ainsi dire, côté à côté; ces formes d'association sont de beaucoup les plus fréquentes; j'ai observé pourtant, en très petit nombre d'ailleurs, des cas de délire interprétatif avec tous les caractères d'un délire primaire, ayant débuté cependant par un accès de manie ou de mélancolie; mais là encore je suis enclin d'attribuer à l'état maniaque ou à l'état mélancolique seulement le rôle de facteur déclanchant par rapport aux tendances paranoïaques.

M. COURBON. — Chez les maniaques parfois il ne s'agit pas d'un vrai délire de persécution, mais d'un pseudo-délire, si j'ose m'exprimer ainsi; les malades donnent, d'une façon plus ou moins désordonnée, des explications sur les mesures de défense prises à leur égard par l'entourage en raison de leur excitation.

M. LAUTIER. — Le but de ma communication a été surtout d'attirer l'attention sur les délires survenant à la suite d'accès d'excitation maniaque, délires que les manuels de psychiatrie mentionnent à peine.

M. CAPGRAS. — Je m'associe à la façon de voir de M. Delmas. Je ne suis pas partisan de la notion de délire secondaire à la manie. Pour moi, il s'agit, dans ces cas, d'une psychose qui naît sur une constitution complexe ; la manie et le délire sont l'expression de deux facteurs constitutionnels indépendants l'un de l'autre. Certains malades sont particulièrement démonstratifs à ce point de vue ; ainsi il m'a été donné de suivre pendant des années une malade atteinte de délire d'interprétation qui tous les six mois faisait un accès de manie typique.

M. JANET. — Je voudrais rappeler ici la thèse de M. Revault-d'Allonnes ; nous y trouvons la description d'un cas particulièrement intéressant d'un délire systématisé de grandeur ayant débuté par un accès maniaque typique. J'ai pu suivre un autre cas du même ordre ; il s'agit d'un littérateur, atteint de vanité délirante, qui se considère comme un génie surhumain et méconnu et qui croit qu'il sera le plus grand écrivain du monde ; les troubles mentaux, chez ce malade, ont débuté par un accès maniaque survenu à l'âge de 20 ans et suivi d'un état de dépression avec idées de persécution, qui a duré plusieurs années ; après, il n'est resté que le délire systématisé de grandeur ; j'ajoute qu'actuellement il n'existe rien d'hypomaniaque chez notre malade.

M. GUIRAUD donne lecture du voeu rédigé par la Commission nommée dans sa dernière séance par la Société Médico-Psychologique et chargée d'étudier la création de centres de malariathérapie pour le traitement de la paralysie générale.

Après discussion, le voeu suivant est voté par la Société :

**Vœu voté par la Société Médico-Psychologique
dans sa séance du 27 janvier 1930**

La lutte contre les affections mentales syphilitiques par la malariathérapie et les traitements chimiques doit être organisée d'après les trois principes suivants :

1° Tous les malades capables de bénéficier du traitement doivent pouvoir être soignés.

2° Les internements non nécessaires doivent être évités.

3° La malariathérapie et les traitements chimiques doivent pouvoir être pratiqués dans de bonnes conditions, sans encombrement, avec un personnel et un matériel suffisants.

Les centres de malariathérapie confiés à des syphiligraphes ne recueillent qu'une faible part des malades à traiter. Les manifestations habituelles et initiales des syphilis névraxiques justiciables de la malariathérapie étant d'ordre surtout mental sont presque toujours dépistées par les psychiatres.

Dès le début, beaucoup de paralytiques généraux sont des agités qui doivent être immédiatement internés.

A côté des centres confiés à des syphiligraphes on doit créer des centres de malariathérapie dirigés par des neuro-psychiatres.

L'idéal est un centre situé dans un service de Clinique ou d'Asile, suivant les localités, et pouvant fonctionner à la fois comme service ouvert et fermé.

Dans les grandes agglomérations, comme le Département de la Seine, il est nécessaire qu'un centre de malariathérapie soit annexé à un ou plusieurs services d'Asile, pour permettre d'étudier méthodiquement ce nouveau mode de traitement et pour fournir des souches sélectionnées aux autres services.

La séance est levée à 18 heures.

*Les Secrétaires des Séances,
P. GUIRAUD, E. MINKOWSKI.*

ASSOCIATION MUTUELLE
DES
MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 24 JUIN 1929

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'Assemblée générale a eu lieu à 15 heures, 12, rue de Seine.

MM. Aubry, Mlle Cullerre, MM. Cullerre, Eissen, Le Roy des Barres, Olivier, Louis Parant, Prince, Salin, Schützenberger, Tissot, Vieux s'étaient excusés de ne pouvoir assister à la séance.

Le Président donne la parole au Secrétaire, M. Guiraud.

M. GUIRAUD. — Cette année nous avons à regretter la perte de trois membres de notre association : Dheur, membre fondateur, Trepsat et Chocreaux membres sociétaires.

Dheur était le gendre de Moreau de Tours ; avec notre collègue Delmas il dirigeait la Maison de Santé d'Ivry où tant d'aliénistes célèbres se sont succédé.

Charles Trepsat, Médecin du Sanatorium de la Malmaison, est décédé prématurément des suites d'une longue et cruelle maladie. Il était l'auteur de remarquables travaux sur le syndrome physique de la démence précoce.

Chocreaux était depuis longtemps médecin en chef à l'Asile de Lommelet (Nord). Il s'intéressait beaucoup à notre association et n'oubliait jamais d'insister auprès de nos jeunes collègues pour les prier de se joindre à nous.

Nous adressons aux familles de nos collègues décédés l'hommage de notre profonde sympathie.

Souhaitons la bienvenue à notre nouveau membre sociétaire, le Dr Jean Sizaret.

**

Le Président donne la parole à M. Dupain, trésorier.

M. DUPAIN. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'année 1928.

RECETTES ET DISPONIBILITÉS AU COURS DE L'ANNÉE 1928

Encaisse en numéraire du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1928	754 02
Solde créditeur au compte courant chèques postaux au 1 ^{er} janvier 1928	3.099 20
Subvention du Conseil général (1927 et 1928) ..	1.000 "
Souscription des asiles	949 60
Cotisations des Membres de l'Association	3.600 "
Retraits du compte courant du Crédit Foncier .	7.800 "
 Total des recettes et disponibilités	<u>17.202 82</u>

DÉPENSES

Secours distribués	11.000 "
Frais de Secrétariat et de Trésorerie	540 95
 Total des dépenses	<u>11.540 95</u>
 Recettes	17.202 82
Dépenses	11.540 95
 Excédent des recettes	<u>5.661 87</u>

Cet excédent de recettes au 31 décembre 1928 est représenté par :

Encaisse en numéraire du Trésorier	1.861 97
Solde créditeur au compte courant des chèques postaux	3.799 90
 Total égal à l'excédent des recettes	<u>5.661 87</u>

Les secours alloués ont été plus élevés que l'année précédente et l'Association est venue en aide à un sociétaire durement éprouvé.

Nombre d'asiles ont envoyé leurs cotisations de 1928 en 1929, par contre un certain nombre de membres ont acquitté en 1928 des cotisations en retard.

Nous avons retiré du compte courant du Crédit Foncier une somme un peu supérieure aux revenus de nos rentes et obligations.

Une obligation des chemins de fer du Midi amortie a été remplacée par deux autres de la même Compagnie.

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Recettes

Solde créditeur au 1 ^{er} janvier 1928	11.790 16
Revenus des rentes et titres en dépôt	7.056 13
Remboursement d'une obligation Chemin de fer du Midi amortie	461 15
Intérêts des fonds en dépôt	45 68
Total des recettes	19.353 12

Dépenses

Retrait par chèques	7.800 80
Achat de 2 obligations Chemin de fer du Midi ..	694 60
Frais de garde et autres	82 06
Total des dépenses	8.577 46
Réçettes	19.353 12
Dépenses	8.577 46
Excédent des réçettes	10.775 66

Cet excédent de réçettes représente le solde créditeur au compte courant de notre Association au Crédit Foncier à la date du 1^{er} janvier 1929.

AVORR DE L'ASSOCIATION AU 1^{er} JANVIER 1929

Encaisse en numéraire du Trésorier	1.861 97
Solde créditeur au compte courant des chèques postaux	3.799 90
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier	10.775 66
4.660 fr. de rente française 3 0/0.	
340 fr. de rente française 5 0/0.	
360 fr. de rente française 6 0/0.	
100 fr. de rente 2 bons décennaux 5 0/0, 1924.	
160 fr. de rente française 4 0/0 or, 1925.	
20 obligations ch. de fer Est-Algérien, 3 0/0.	
50 obligations ch. de fer Midi, anciennes, 3 0/0.	
38 obligations ch. de fer P.-L.-M., anciennes, 3 0/0.	
34 obligations ch. de fer P.-L.-M., nouvelles, 3 0/0.	

BUDGET POUR 1929

Prévisions des recettes :

Cotisations	2.655 "
Souscriptions d'asiles	2.300 "
Subvention du Conseil général de la Seine	500 "
Revenus des rentes et titres	7.350 "
<hr/>	
Total	12.805 "
<hr/>	

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	12.000 "
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	805 "
<hr/>	
Total	12.805 "
<hr/>	

Après vérification des comptes, des félicitations sont votées au trésorier. Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs expirent en 1929. Treize votes par correspondance ont été reçus.

Sont élus : MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne et Vurpas.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Guiraud, Marchand, Petit, Truelle et Usse dont les pouvoirs expirent en 1930.

MM. Courbon, Cullerre, Delmas, Lalanne et Sérieux dont les pouvoirs expirent en 1931.

MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne, Vurpas dont les pouvoirs expirent en 1932.

La séance est levée à 16 heures.

**

A la suite de l'Assemblée générale, le Conseil se réunit conformément à l'article 4 des statuts pour désigner les membres du Bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

Vice-Président, M. SEMELAIGNE.

Secrétaire, M. GUIRAUD.

Trésorier, M. DUPAIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 20 janvier 1930

Automatisme mental délirant et hyperthymie, par MM. COURBON et CAILLEUX. — Présentation d'une femme de 40 ans qui au lieu de réagir par l'inquiétude et la méfiance habituelles aux troubles initiaux du délire de persécution (prise et écho de la pensée, impulsions, inhibitions, hallucinations), les constate et les avoue depuis 2 ans en souriant. Pas de signe d'affaiblissement intellectuel. Il y a, sans doute, coexistence d'une psychose hallucinatoire au début sur fonds cyclothymique.

Syndrome méningé humoral au cours d'une confusion mentale fébrile, par MM. Roger DUPOUY, A. COURTOIS et J. DUBLINÉAU. — Femme de 35 ans, débile profonde, ayant fait un accès confusionnel à la suite d'une poussée fébrile de nature indéterminée. La ponction lombaire révéla, au début, une albuminose à 0 gr. 60 avec 75 lymphocytes, sans signes neurologiques. Ultérieurement, rétrocession des signes liquidiens. Les auteurs écartant la possibilité d'une poussée évolutive de sclérose en plaques au début, rapprochent cette confusion mentale avec réaction méningée d'observations antérieures analogues.

Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien chez deux épileptiques alcooliques, par MM. A. COURTOIS et H. PICHARD. — Les auteurs apportent deux observations où un traumatisme crânien au cours d'une crise comitiale paraît avoir provoqué une hémorragie méningée qui explique les modifications du liquide et leur caractère transitoire. Ils émettent l'hypothèse qu'une simple congestion encéphalique intense réalisée par l'accès épileptique peut, chez des alcooliques dont la fragilité vasculaire est bien connue, réaliser la même symptomatologie liquidiennne.

Valeur des réactions de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien après une hémorragie méningée, par A. COURTOIS, Mlle SALAMON et H. PICHAUD. — Outre la positivité des réactions colloïdales (benjoin et parégorique) et d'opacification (Meinicke), signalée dans les travaux antérieurs, les auteurs présentent un cas où la réaction de Bordet-Wassermann elle-même fut partiellement positive à deux reprises. Elle se négativa spontanément en quelques jours en même temps que disparaissaient les autres modifications liquidienne. Ils insistent sur le danger d'accepter trop facilement sans le contrôle de la clinique les réponses des examens de laboratoire.

Forme paranoïde de la paralysie générale, par MM. TARGOWLA et RUBENOVITCH. — Malade âgée de 30 ans, paralytique générale avec gros affaiblissement intellectuel, qui, deux ans après l'impaludation, a présenté un syndrome paranoïde très net. Malgré la régression des gros troubles démentiels, il subsiste, chez cette malade, un état d'euphorie, de satisfaction niaise, fonds mental sous-jacent, qui peut être rapproché du fait que les réactions hémolytiques sont restées positives. Il ne semble pas qu'on puisse considérer le syndrome paranoïde actuel comme séquelle post-onirique de l'infection palustre qui s'est développée sans épisode onirique. En outre, le délire n'est apparu que deux ans et trois mois après l'impaludation, alors que le malade avait pu être considéré comme suffisamment amélioré pour sortir en ville.

Hallucinose chez un paralytique général tabétique à la suite d'un traitement par la malaria, par MM. J.-B. BUVAT et C. VILLEY-DESMESERETS. — Les auteurs présentent un nouveau cas de syndrome hallucinatoire comme il en a été déjà décrit autrefois au cours de la P. G., et, à l'époque actuelle, à la suite du traitement par le Paludisme. Le syndrome a ici son origine dans la crise de confusion et d'onirisme qui accompagne souvent l'infection palustre thérapeutique. Les hallucinations psychiques, psychomotrices, auditives restent le plus souvent très conscientes, mais, dans certains paroxysmes intentionnels, elles réalisent un syndrome d'hallucinose, c'est-à-dire d'hallucinations non conscientes, mais sans aucune idée délirante.

Discussion étiologique de troubles aphasiques avec hémiplégie droite chez un diabétique, par MM. CHATAGNON

et TRELLES. — La malade, jeune, 42 ans, psoriasique, sans antécédents spécifiques reconnus, présente à la suite d'abcès dentaires une aphasicité de type anarthrique avec hémiaprésie droite, régressant en partie sous l'influence du traitement mercuriel. Disparition totale des troubles aphasiques et des signes neurologiques des membres droits sous l'influence du traitement insulinien. Les auteurs exposent le syndrome biologique complet de ce malade.

Hérédo-syphilis et paralysie générale, par MM. A. MARIE et Henri EV. — Trois observations qui réalisent des types cliniques différents d'affaiblissement intellectuel déterminés par l'hérédo-syphilis. Premier cas : Hérédo-syphilitique dystrophique et arriéré, qui, vers la vingtième année, est entré dans un état démentiel sans signes nets de P. G. (état hallucinatoire, inertie, désagrégation mentale). Deuxième cas : Evolution de P. G. à 30 ans (malade vierge) surajoutée à un état dystrophique ligophrénique. Troisième cas : malade hérédo-syphilitique certaine (pemphigus à la naissance. Réactions humorales positives à 16 ans) à développement physique et mental correct ; à l'âge de 18 ans, deux ictus avec hémiaprésie droite à la suite desquels se sont installés tous les signes neurologiques de la P. G. Les auteurs insistent sur l'apparence de démence précoce hébephénique que peuvent prendre certains cas d'hérédo-syphilis.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE (ANNÉE 1931)

Prix Belhomme. — 2.000 francs. — Question : *Les hallucinations psychomotrices verbales.*

Prix Esquirol. — 200 francs et les œuvres de Baillarger. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale.

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1930, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Henri Colin, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 132, avenue du Roule, Neuilly (Seine). Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise contenant les noms et adresses des auteurs.

(1) *Règlement du prix Christian.* — ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France candidats au prix Christian, devront :

- 1° Etre de nationalité française ;
- 2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes.
- 3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

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

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

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

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

La 77^e assemblée de la Société suisse de Psychiatrie aura lieu les 21 et 22 juin 1930 à Perreux (Neuchâtel).

Thème de discussion : *Pharmacologie et psychiatrie.* Rapporteurs : 1. D^r F. Walther (Waldau), partie clinique. 2. P.-D. D^r H. Fischer (Zurich) : *L'importance des ions anorganiques pour les processus vitaux normaux et pathologiques.* Conférence du P.-D. D^r F. Rothlin (Bâle) : *La pharmacologie du système nerveux végétatif.*

NÉCROLOGIE

Nous apprenons avec le plus vif regret la mort de notre collègue M. Latreille, médecin en chef à l'asile de Château-Picon (Bordeaux).

ACADEMIE DE MÉDECINE

4 février 1930 : Election d'un membre dans la section des membres libres, en remplacement de M. Capitan, décédé.

Au troisième tour de scrutin : M. Jean Charcot obtient 50 voix contre 46 à M. Henri de Rothschild.

M. Jean Charcot ayant obtenu la majorité absolue, est proclamé élu.

Toutes nos félicitations à notre cher ami.

Le 25 février, l'Académie a élu membre titulaire M. le D^r MORAX ; nous sommes heureux d'annoncer le succès de notre ancien collègue du service de Charcot à la Salpêtrière.

H. C.

ACADEMIE DES SCIENCES

Prix Osiris. — L'Académie des Sciences, en comité secret, a décidé de proposer à l'Institut de France l'attribution du grand prix Osiris, de 200.000 fr., à M. le professeur Emile Gley..

COURS DE LA FACULTÉ

Psychiatrie médico-légale. — M. Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, commencera une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 17 mars, à 17 h. (grand Amphithéâtre de la Faculté). Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines avec le concours de MM. Lévi-Valensi, agrégé, Heuyer et Ceillier.

Programme des cours. — I. Etat mental et exercice des

droits civils. — II. Le problème de la responsabilité pénale et du témoignage devant la justice. Législation des aliénés. — III. La délinquance infantile. — IV. Les réactions médico-légales : manie, mélancolie. Obsessions. Impulsions. — V. Epilepsie. Hystérie. Simulation. — VI. Les psychoses traumatiques, paralysie générale. — VII. L'émotivité morbide. Dé-séquilibre psychique. — VIII. Les délires et les démences. — IX. Fugues et vols pathologiques. Attentats à la pudeur. — X. L'homicide et le suicide pathologiques. — XI. Les troubles mentaux de l'alcoolisme. — XII. Les toxicomanies.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile autonome d'aliénées de Château-Picon, à Bordeaux, par suite du décès de M. le Dr LATREILLE.

Un poste de médecin-chef de service sera vacant à la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine), par suite du départ de Mme Daniel SANTENOISE, mise en disponibilité sur sa demande.

Asile d'aliénés de Bien-Hoa

M. le médecin-commandant AUGAGNEUR, du 21^e rég. d'infanterie coloniale, désigné hors tour, en qualité de médecin-spécialiste en psychiatrie, servira à l'Asile d'aliénés de Bien-Hoa (Cochinchine).

(*Journal Officiel*, 25 janvier 1930).

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 Dr PACTET, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Secrétaire général : M. le Dr 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 Dr LAMACHE, ancien Chef

de Clinique psychiatrique à la Faculté de Médecine de Paris.

NEUROLOGIE : Les réflexes de posture élémentaire. — Rapporteur : M. le Dr 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 Dr CALMETTES, médecin-chef de l'Asile de Limoges.

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Dr Pierre COMBEMALE, secrétaire général de la XXXIV^e session, 93, rue d'Esquermes, à Lille.

Le prix de la cotisation est de 50 fr. pour les membres adhérents et de 30 fr. pour les membres associés. Les membres adhérents inscrits avant le 10 juin 1930 recevront les rapports dès leur publication.

PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE

Nations, organisations et personnes invitées. — Le COMITÉ D'ORGANISATION DU PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE, agissant comme représentant des sociétés nationales d'hygiène mentale et des organisations alliées du monde entier annonce une assemblée mondiale sur l'hygiène mentale, qui sera tenue à Washington, D. C., Etats-Unis d'Amérique, du 5 au 10 mai 1930 inclusivement. Le COMITÉ invite la présence et la participation de toutes les nations, organisations et individus qui sont intéressés à une meilleure hygiène mentale de tout le monde.

Le Président des Etats-Unis est Président Honoraire. — Son Excellence, l'honorable Herbert HOOVER, Président des Etats-Unis, est Président honoraire du PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL.

Assemblées associées. — L'ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHIATRIE et l'ASSOCIATION AMÉRICAINE POUR L'ÉTUDE DES FAIBLES D'ESPRIT tiendront leur assemblée annuelle de 1930 en conjonction avec le PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL. On peut prédire sûrement que les assemblées de ces deux Associations, en conjonction avec celles du Congrès International, réuniront pendant la semaine du Congrès, pour recevoir leurs collaborateurs d'autres pays, la plus grande et la plus importante phalange de psychiatres américains dans l'histoire du mouvement de l'hygiène mentale.

Ces deux Associations participeront à chaque phase de

l'activité du Congrès. Les programmes des sessions du Congrès et des deux Associations sont préparés en vue d'une coopération intime. Ces deux Associations sont représentées dans le Comité du Programme aussi bien que dans les Comités responsables de l'organisation du Congrès.

Buts du Congrès. — Les principaux buts du Congrès sont :

1. De réunir de tous les pays, à ce Premier Congrès International, ceux qui travaillent dans l'hygiène mentale et dans les champs d'activité alliés, pour l'échange d'informations et d'expériences, et pour la considération mutuelle des problèmes individuels et sociaux émanant de maladies nerveuses et mentales, de défauts mentaux et d'ajustements mentaux et émotionnels défectueux de l'individu à son entourage personnel et social.

2. De considérer les moyens d'une coopération mondiale et d'un avancement plus effectif de l'hygiène mentale dans les différents pays.

3. De s'efforcer de coordonner, par un programme préparé dans ce but, les connaissances spéciales et l'expérience du psychiatre, du psychologue, de l'œuvre sociale en psychiatrie, de l'occupation thérapeutique, de l'administrateur public, de l'éducateur, du sociologue et de ceux des professions alliées, en vue de déterminer les meilleurs soins et le meilleur traitement des aliénés, la prévention des maladies mentales et la conservation de la santé mentale.

4. De s'efforcer à arriver, par des discussions et par des conférences, à une entente commune concernant des objectifs sains d'hygiène mentale en vue d'un mouvement organisé.

5. D'éveiller, par des nouvelles et des commentaires résultant du Congrès, un plus grand intérêt mondial dans l'hygiène mentale ; d'éveiller une plus grande acceptation de l'idée que l'aliénation mentale peut, dans une grande mesure, être prévenue ; de montrer que de beaucoup plus grandes dépenses en argent, de la part des gouvernements et des œuvres philanthropiques, trouveront une justification dans les vies sauvées qui produiront en activité et que ces dépenses seront une bonne mesure publique.

Méthode de développement du Programme. — Afin de mieux atteindre les buts du Congrès, le programme prévoira trois différentes sortes d'assemblées plénières et des Comités spéciaux siégeant entre les assemblées en vue de formuler des propositions soumises à l'action ultérieure du Congrès.

Le programme du Congrès sera développé :

1. Par trois sessions concurrentes durant chacune des matinées, au cours desquelles des sujets de grande importance seront présentés et discutés ;
2. Par des assemblées du soir, vouées à des discours d'un intérêt général, et qui seront faits par des maîtres incontestés dans leur domaine ;
3. Par des assemblées officieuses de ceux qui ont un intérêt mutuel dans des phases spécifiques de l'hygiène mentale ;
4. Par des Comités travaillant à des aspects spéciaux du programme de l'hygiène mentale, et dont les rapports seront présentés au Congrès pour action officielle.

Il n'y aura pas de sessions officielles ou plénaires du Congrès pendant l'après-midi. Les après-midi seront vouées à la récréation, à des assemblées officieuses de différentes sortes, à des conférences officieuses de personnes intéressées à des phases spéciales de l'œuvre de l'hygiène mentale.

Le Comité local de divertissements fournira en abondance des excursions, des visites à des endroits d'intérêt général, historique et de beauté scénique.

Sujets du Programme. — Le Comité du Programme a projeté que les sujets à présenter et à discuter aux sessions doivent avoir une signification comme entité et comme mérite personnel. Le Comité pense que la réalisation de cette conception résultera en un Congrès qui aura beaucoup plus de valeur qu'un Congrès dont cette conception d'une unité serait omise.

Un programme des sujets a été préparé et des arrangements sont en cours actuellement pour la discussion de ces sujets par des hommes d'élite des différentes parties du monde. Les sujets donnés ci-dessous sont parmi ceux qui seront discutés aux sessions du matin. Il est entendu que ces sujets ne sont pas des titres de travaux, mais servent de description générale de sujets suggérés.

L'annonce des titres spécifiques des travaux et des discours qui seront délivrés au Congrès et des noms des orateurs sera faite bien avant l'ouverture du Congrès.

Liste partielle des sujets pour les sessions du matin

- a) Envergure du problème de l'hygiène mentale comme problème sanitaire.
- b) Organisation de facilités publiques pour la prophylaxie, les soins et le traitement.

- c) Organisation de la maison de santé et son rôle dans la vie publique.
- d) Hôpitaux psychopathiques et divisions psychopathiques dans les hôpitaux généraux.
- e) Soins et traitement des aliénés en dehors des institutions.
- f) Organisation de types spéciaux de service clinique, viz. dans des cours judiciaires, services d'hôpitaux pour « malades externes » (en anglais : out-patient), cliniques publiques, cliniques d'écoles primaires et secondaires, cliniques universitaires et cliniques d'agences de bien-être social.
- g) Genre de personnel nécessaire dans l'œuvre d'hygiène mentale (médecin, psychologue, garde-malade, personnel du service social et de l'occupation thérapeutique).
- h) Méthodes de préparation de ces différents types de personnel.
- i) Recherches cliniques et sociales dans le domaine de l'hygiène mentale.
- j) Enseignement de l'hygiène mentale et de la psychiatrie dans les facultés médicales : 1) Cours pour l'étudiant non spécialisé ; 2) Cours pour l'étudiant spécialisé.
- k) Hygiène mentale dans l'industrie, œuvre parmi les employés et orientation professionnelle.
- l) Œuvre sociale en psychiatrie ; son envergure et ses fonctions.
- m) Aspects de l'hygiène mentale dans la délinquance, dans la dépendance et dans d'autres genres d'ajustement social défectueux.
- n) Relations maritales.
- o) Aspects sociaux de l'oligophrénie.
- p) Hygiène mentale et éducation ; écoles primaires, écoles secondaires, universités.
- q) Problèmes spéciaux de l'adolescence.
- r) Problèmes présentés par des enfants de type spécial :
 - 1) l'enfant à intelligence supérieure ; 2) l'enfant névrosé ;
 - 3) l'enfant avec des défauts sensoriels et moteurs.
- s) Méthodes et possibilités des cliniques d'orientation infantile.
- t) Signification des relations parent-enfant et instituteur-enfant dans le développement du caractère et de la personnalité.
- u) Instructions aux parents et aux instituteurs.
- v) Hygiène mentale dans l'enseignement religieux, éthique et moral.

- w) Problèmes de la période pré-scolaire.
- x) Signification de ces problèmes pour le futur de l'enfant comme individu et comme citoyen.
- y) Possibilités des relations humaines dans le futur, à la lumière d'une connaissance croissante des facteurs qui secondent et inhibent le développement émotionnel, physique et intellectuel de l'individu.

Quartier-Général du Congrès de l'Association Américaine de Psychiatrie et de l'Association Américaine pour l'Etude des Faibles d'esprit. — Le Quartier-Général du PREMIER CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE sera établi à l'Hôtel Willard à Washington, D. C., dans lequel le Bureau du Congrès se trouvera pendant le Congrès. Le Quartier-Général de l'Association Américaine de Psychiatrie sera à l'Hôtel Willard, celui de l'Association Américaine pour l'Etude des Faibles d'esprit à l'Hôtel Washington, à une petite distance. Ces Associations, comme il l'a déjà été dit, tiendront leurs assemblées de 1930 en conjonction avec celles du Congrès. La plupart des assemblées seront tenues dans ces deux hôtels.

Prix réduits de paquebots et de chemin de fer. — *Prix de paquebots* : Les Compagnies de paquebots transatlantiques offrent une réduction de 20 pour cent des prix de paquebots aux « participants certifiés » du Premier Congrès International d'Hygiène Mentale qui viennent de ports européens, ainsi qu'à leurs femmes et à leurs enfants âgés de moins de 18 ans.

Prix de chemin de fer aux Etats-Unis et au Canada : Toutes les Cies de chemin de fer des Etats-Unis et du Canada offrent des *prix réduits pour le voyage aller-retour* à tous ceux qui voyagent par chemin de fer pour participer au Premier Congrès International, consistant en *une fois et demie le prix du voyage simple course*.

Agence Officielle de Voyage. — MM. Thomas Cook and Son ont été désignés comme « Agence de Voyage » du Congrès et peuvent être consultés dans n'importe lequel de leurs bureaux, dans le monde entier, pour des arrangements à prendre pour le voyage.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 39.839

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

*Impressions Médico-Psychologiques**d'Espagne* ⁽¹⁾

II

MŒURS ET ORGANISATION PSYCHIATRIQUE

Esquisser ce que les mœurs ont l'air d'être, et non juger ce qu'elles sont, voilà tout ce à quoi l'on peut prétendre après un séjour de quelques semaines au milieu d'un peuple, même quand depuis des années on a de fugitives occasions de l'observer pendant de courtes vacances passées à sa frontière.

La rue. — Elle est un prolongement de l'habitation, dans ce pays où la chaleur du soleil incendie

(1) Voir *Ann. méd.-psychol.*, février 1930.

les maisons et féconde la vermine des masures. Nuit et jour, elle est animée. Au temps de Théophile Gautier, les dormeurs roulés dans leurs capes jonchaient la chaussée. Si l'on ne s'y livre plus au sommeil, c'est toujours le sans-gêne du chez soi qui y règne sans interruption.

Même lorsque la mise est élégante, la tenue des flâneurs est débraillée. On s'interpelle de loin ; on se siffle d'un trottoir à l'autre ; on tiraille l'interlocuteur ; on lui fume au nez ; debout, on se danse, on se déhanche ; assis, on s'affale, on se renverse, sillonnant l'air du reflet de bottines immaculées ; dans toutes les attitudes on bâille bruyamment, on se dévisage hardiment, et l'on crache avec enthousiasme dans toutes les directions.

L'ivresse n'aggrave pas cette flânerie, car le peuple est sobre. Les vendeurs d'eau et de glace débloquent une marchandise moins chère et plus savoureuse que celle des cafés. Et, dans ceux-là, un verre de manzanilla et une soucoupe d'olives, d'anchois ou de crevettes, suffisent à rassasier le consommateur. Les riches, devant leurs cercles, ont des fauteuils mais pas de tables.

Ce laisser aller, l'usage de la sieste entre midi et trois heures, l'interminable déambulation nocturne, l'absence d'exactitude dans les horaires quotidiens, donnent à la vie une apparence rêveuse et désœuvrée. Mais, en réalité, il n'y a aucune rêverie, car rien de ce qui se passe autour d'eux n'échappe à l'observation, souvent ironique, des petits-fils de Quevédо. Ils sont moins oisifs que libres de leur temps, par suite de leur vivacité à comprendre et à exécuter la besogne. Leur insou-

ciance est faite de la délectation de se sentir vivre sous une telle atmosphère. Ils ont une cénesthésie agréable. Et rien des exigences physiologiques de la vie ne leur paraît misérable.

L'hypocrisie des fausses pudeurs est inconnue; c'est ainsi que les réclames des médicaments contre les maladies vénériennes s'affichent avec la même publicité que celles des couturiers et des joailliers à la mode. Des cafés ou des restaurants adoptent gaillardement le 606 ou le 914 pour enseigne.

Les hommes. — Ils sont souples, vifs, se mouvant avec l'aisance d'un organisme servi par des réflexes à déclanchement rapide et non avec la précipitation d'une impérieuse agitation. Le geste, disait leur ancêtre Quintilien, est la parole du corps. Chez eux il est prompt, énergique, répété, insistant, mais parfaitement capable de se taire.

Le toréador, agile à esquiver les charges du taureau, se fige soudain en une statue de pierre devant l'immobilité de laquelle la bête stoppe, redoutant d'y briser ses cornes.

Ils dévisagent les femmes avec une concupiscence cynique et la brutalité des madrigaux dont ils poursuivent les inconnues est telle que la police a dû récemment interdire ces fameux « piropos ».

Ils ont entre eux une familière désinvolture. Le garçon de café vous sert la cigarette aux lèvres et s'installe sur une chaise pour vous confier plus commodément ses réflexions. Le mendiant tend la main avec l'assurance d'un donateur. Et le cieur agenouillé saisit, pour les frotter, les pieds du client vautré dans un fauteuil, avec autant de suffisance que l'autre en met à déguster sa boisson. Le larbin d'un grand hôtel où sont logés des bourgeois,

s'ajoute à la liste des artistes qu'ils ont payés pour les distraire et vient chanter faux devant eux, comme ce fut le cas, au Congrès de Barcelone (1), sans qu'un tel sacrilège frappe le gérant d'apoplexie.

C'est que tous ont quelques gouttes du sang des nobles qui, au Moyen Age, avant d'installer l'un d'entre eux sur le trône d'Aragon, lui répétaient : « Nous qui valons chacun autant que vous, et qui, réunis, pouvons plus que vous, nous vous faisons notre roi et seigneur ; mais à la condition que vous gardiez nos fueros et nos franchises ; sinon non. »

Ce n'est donc pas sur les murs mais dans le cœur des citoyens de cette monarchie qu'est affirmée l'égalité humaine. D'ailleurs le cordouan, Sénèque, l'avait proclamée dans ses lettres à Lucilius : « Les esclaves sont, pour nous, d'humbles amis ; ce sont nos compagnons d'esclavage si nous réfléchissons que nous sommes exposés autant qu'eux aux caprices de la Fortune. »

Les femmes. — Tous les auteurs ont célébré leur beauté, depuis Martial qui prétend que Télétuse servit de modèle au sculpteur de la Vénus callipyge, jusqu'à Monterlaït qui vante leurs seins durs et doux comme la fleur serrée du chrysanthème. Théophile Gautier admirait leurs yeux fendus jusqu'aux tempes et frangés de longs cils bruns. Mérimée chanta leurs redoutables fantaisies, Pierre Louys leur perversité cruelle, et la liste de leurs louangeurs ne finirait pas.

Pourtant la laideur ne les épargne pas toujours.

(1) Chronique du Congrès de Barcelone in *Annales méáico-psychol.*, juin 1929.

Mais la coquetterie de la toilette et le feu naturel des prunelles embellissent tout. Le front surmonté d'écaille par le haut peigne d'où retombe la mantille, le pied menu, précieusement gainé d'une fine chaussure et toujours prêt à bondir au premier appel de la danse, elles ont l'allure provocante et piaffante de la chevrette. La biche de Sertorius devait être une chèvre de cette espèce. Si l'homme a fréquemment l'air au repos et détendu, la femme a presque toujours celui d'être en garde et harnachée.

On ne peut recevoir sans chanceler l'étincelant regard qu'elles vous plantent dans les yeux, sans même vous avoir remarqué. Le naïf étranger le ressent comme une banderille enflammée de désir, alors qu'il n'est que l'antenne banale qui fulgure indifféremment sur tous les objets rencontrés. Aussi la continence de Scipion est-elle devenue légendaire pour avoir résisté aux attractions d'une fille de Carthagène.

Beaucoup encore, au printemps dernier, conservaient en Andalousie les cheveux longs, n'ayant sacrifié que la jupe aux exigences de la mode internationale. Aucune ne tenait le volant d'une auto.

Les enfants. — On en voit partout et de toutes les tailles : nourrissons, marmots, garnements, dans les campagnes, à l'église et sur les places, aussi bien très tard la nuit que le jour.

Les gamins des faubourgs servent de pilotes aux automobilistes pour leur montrer l'unique passe carrossable entre toutes celles qui conduisent de la grande route au cœur de la cité. Ils sautent hardiment sur le marchepied ; en gesticulant et criant ils indiquent le chemin et les monuments ; avec

importance ils montent la garde autour de la voiture pendant que ses occupants visitent les musées; avec fidélité ils accomplissent leurs commissions; puis ils empochent fièrement les quelques sous de salaire qu'on leur donne en les quittant.

Les mendians. — Ils font la quête avec l'aisance d'un encaisseur d'impôts. Aux gares, même lorsqu'ils sont aveugles, ce qui hélas est extrêmement fréquent, ils inspectent le train aussi minutieusement que des douaniers. A leur approche c'est son passeport et non son porte-monnaie que l'on cherche.

Les gendarmes. — Toujours par deux ou bien par trois, par quatre quelquefois, ils avancent en nombre, comme les brigands d'Offenbach, mais à la différence des carabiniers de l'opérette, ils n'arrivent jamais trop tard, car leurs courtes carabines, leur longue pèlerine grise et leur luisant bicorné noir surgissent partout à la fois. Il y en a dans les campagnes les plus lointaines, comme les gardes de la Saint-Hermandad au moyen âge, et jusque dans les trains où leurs rassurantes patrouilles protègent le sommeil des voyageurs, comme faisait autrefois l'escorte des escopeteros armés de trabucos autour des voitures publiques.

Les militaires. — Ils ont une diversité d'uniformes qui réunit tous ceux des armées d'Europe et ajoute à la bizarrerie des costumes de théâtre. Leur martialité à l'exercice ne le cède à aucune autre, mais disparaît parfois hors du champ de manœuvres. Comment avec le béret rouge et le camail bleu d'un escholier d'autrefois, avoir, malgré la baïonnette et la couleur de sang du pantalon, la prestance d'un guerrier ?

Les curés. — Nombreux et de tous âges, les uns cassés comme des patriarches, les autres mignons et ceinturés de rouge comme des chérubins, tous sans gêne ni vergogne promènent où bon leur semble leurs longues robes noires. Le chapeau sur l'œil, le front ou l'oreille suivant l'incidence de la lumière ou l'humeur du moment, ils causent et baguenaudent, s'arrêtent aux devantures, lorgnent passantes et passants, fument, prisent, mâchonnent, expectorent.

Un comble de modestie les pousse à cacher la majesté du sacerdoce sous la vulgarité la plus profane. Leur attitude désinvolte au milieu de leurs ouailles, paraît tenir à celles-ci ce familier langage : « Pas plus que vous, chers frères et jolies sœurs, nous ne crachons sur les honnêtes joies de la terre et pourtant Dieu nous a choisis pour le représenter sur elle. Nous vous garantissons le paradis dans l'au-delà, ainsi que les jouissances ici-bas, mais à la condition expresse de croire sans discussion tout ce que nous vous enseignons ; sinon, non. »

La religion. — A la juger par l'aspect extérieur de ses manifestations, elle y est plus un rite de joie qu'une aspiration. Les signes de croix automatiques et les prières machinales en montant dans un train, en entrant dans une arène, en commençant une danse, en passant devant une chapelle, en estocadant un taureau sont des conjurations superstitieuses.

L'église est un lieu de délices, à la fois une cave de fraîcheur pour le corps brûlé par la chaleur du dehors, un musée d'émerveillement pour les yeux et une loterie pour l'âme.

L'entrée se paye par le geste de se découvrir la

tête pour les hommes, de se la couvrir pour les femmes, moyennant quoi l'on y est comme chez soi, sauf la défense écrite d'y blasphémer.

Les billets à lots sont les génuflexions, les mar mottements, les signes de croix, les allumages de cierges.

Les chefs-d'œuvre à contempler sont les vierges minaudantes et les mères expirantes sous une coiffure de vrais cheveux, dans le brocart de vrais habits ; les Christ ruisselants de vrai sang et ceinturés de vraie soie ; les martyrs grinçant de vraies dents ; les coeurs percés de vrais glaives ; les statues nimbées de vraie lumière par la percée des transparents dans le toit au-dessus d'elles ; les torsades d'or et d'argent ; les peintures rutilantes. Ce réalisme de musée anatomique et cette esthétique de musée Grévin ne sont pas sans créer un malaise sur le visiteur inadapté.

Les étiquettes de « sanctissima », « purissima », contrastent par leur signification spiritualiste avec la matérialité des pièces exposées. A voir la nudité brutale du crucifié de cire qu'on livre aux baisers des fidèles, on se demande si la partie caleçonnée n'est pas précisément celle qu'il faut le plus vénérer.

Les cérémonies religieuses se célèbrent avec une solennité profane et bon enfant. Fumer et parler en portant un crucifix en pèlerinage sont choses permises. Les processions, même si l'on en abstrait les mascarades qui toujours s'y surajoutent, se déroulent avec une pompe toute joviale. Chaque catégorie sociale y est représentée par ses membres les plus notables. Ceux-ci, le cierge en main, derrière les saintes figures ont autant d'im-

portance, mais infiniment moins de gravité que les bourgeois des tableaux hollandais groupés autour de la bannière de leurs corporations. Ils rient, causent, s'épongent, s'éventent. Les prêtres en surplis et même en chasuble sont à l'unisson, reluquant à droite et à gauche, souriant aux compères et aux commères de la foule. On dirait des nourriciers promenant leur nourrisson et non des serviteurs sacrés portant leur Dieu.

Ces gais cortèges ont inspiré à Albeniz les pimpantes mesures que la Argentina danse avec tant d'éclat. Mais jamais César Frank en les voyant n'eût entendu ces sublimes accords qui font ployer le genou de l'auditeur le plus incrédule devant l'illumination de l'ostensoir mystique quand le soleil darde vers lui « ses longs rayons couchants ».

Les saints sont invoqués sous des surnoms appliqués aux caractères corporels de leurs statues. La vierge est dans bien des endroits la blonde à qui de vieux cantiques adressent de peu respectueuses invocations.

Le christianisme ainsi dépouillé de toutes ses épines, du danger de la tentation, de l'horreur de la chair, de la nécessité de la rédemption par les œuvres, se rapproche fort du paganisme.

« Ces plaisirs des sens nous attachent à un corps mortel, et ce corps mortel nous attache à la terre, nous qui ne devrions respirer que pour le ciel », disait Bossuet. L'Espagnol semble penser le contraire. Et cette façon naïve d'adorer le Créateur dans la créature, dissipe toutes les préventions d'hypocrisie que l'on avait contre la casuistique née en ce pays. C'est fort sincèrement que l'on y croit à la purifica-

tion des actes par la direction d'intention, que la conception jésuistique de la séduction des fidèles par la tolérance de leur conduite moyennant leur foi aux dogmes a pu y naître, que le quiétisme s'y est développé.

Par contre on s'étonne de l'ascétisme de Thérèse d'Avila et de Jean de la Croix. Celui de Marie d'Agreda décrivant avec complaisance la fécondation de la Vierge, le rôle de sages-femmes joué par les archanges lors de son accouchement et les propriétés physiques de son lait, surprend moins. Quant au succès des autodafés de l'Inquisition, on se l'explique plus par une survivance de la cruauté païenne que par une exaltation mystique.

L'art espagnol. — La même impression de surprise naît dans les musées où les peintres les plus célèbres, les Pacheco, les Moralès, les Greco, les Ribera, les Zurbaran, les Berruguette, les Herrera, etc., ne semblent avoir pris le pinceau que dans un délire farouchemen religieux. La mondaine élégance des Vierges de Murillo est plus en harmonie avec la piété apprivoisée que l'on constate dans les rues. Et quelle saugrenue figuration du sublime ignorant d'Assise que de le courber studieusement sur un livre, près d'une tête de mort comme il l'est au Louvre dans le tableau de Tristan !

Personne avant Goya ne peignit les scènes d'histoire et de l'existence quotidienne qui firent la fortune de la peinture en Hollande et en Flandre (1). Sans doute est-ce parce que la volupté de vivre l'a

(1) Chronique du Congrès d'Anvers. *Annales médico-psychol.*, octobre 1928.

vie en Espagne détourne de l'envie de la représenter.

Ces constatations soulignent l'antagonisme des deux mentalités. Celle du Hollandais (1), chrétien sévère qui consacre son art à la représentation des travaux et des plaisirs de la terre, celle de l'Espagnol, païen sensuel qui consacre le sien aux choses et aux êtres du ciel. Comment le duc d'Albe eût-il pu les faire s'entendre ?

On est facilement d'accord avec tous les critiques, depuis Th. Gautier, pour — après avoir rendu un hommage sans réserve à Vélasquez, qui d'ailleurs était de famille portugaise — reconnaître que le besoin du vrai, si repoussant soit-il et le recours à l'artifice le plus capable d'obtenir l'illusion matérielle la plus grande, sont des traits caractéristiques de l'art espagnol. La surcharge luxuriante, l'éclat tapageur, la minutie ostentatoire de la décoration en sont d'autres surtout en sculpture et en architecture. L'effet de richesse est inséparable de l'effet artistique.

Quant à la musique, ce sont les œuvres passionnées, brillantes, véhémentes, colorées qui semblent le mieux exprimer l'impression que l'étranger garde des hommes et de la nature de l'Espagne. Chabrier, Rimski-Korsakoff, Bizet, Ravel, Laparra, etc., ont rapporté de la patrie des d'Albeniz, des Granados, des de Falla des pages étincelantes, bien plus évocatrices que les impressions subtiles de Debussy.

La danse. — Ils la vénèrent et la pratiquent

(1) Un voyage d'études dans les asiles de Hollande. *Annales médico-psychol.*, nov. et déc. 1928.

comme une religion, communiant en elle avec le sentiment égalitaire de leur race.

Complètement injustifiées, furent les critiques parisiennes du ballet de la Juerga, l'an dernier, accusant son thème d'invraisemblance parce que, sous l'enthousiasme provoqué par une danseuse de barrière à Madrid, fêtards et rôdeurs se mettent à l'imiter, en échangeant fraternellement leurs cavalières.

Bien plus, elle est une nécessité physiologique des habitants de ce pays, où l'atmosphère danse elle-même sous l'ardeur du soleil. Cadencé, le mouvement les repose de toute fatigue, les console de tout chagrin, les détache de toute passion, les libère de toutes contingences, les transforme en automates déchaînés.

Au bout de quelques mesures, même s'ils étaient harassés, une force magique s'empare de tout leur être qui vibre, tourne, trépide, saute, sursaute et ondule avec une croissante frénésie. Talons et castagnettes martèlent la ronde d'un claquement de squelettes. Tambourins et vociférations accélèrent sa rapidité. Des râles, des spasmes inquiétants l'énervent. C'est la beauté équivoque de l'instinct emporté que rien ne maîtrise plus. Et quand tout cesse brusquement, le spectateur est soulagé ou déçu suivant la pureté ou la perversité de son cœur.

Que la Argentino apparaisse ! Alors, sous l'harmonie inégalable de ses mouvements, c'est la beauté sublime de l'esprit animant la matière qui entre en scène. Danseurs et danseuses ne sont auprès d'elle que des sorciers, plus ensorcelés eux-mêmes par leur art, que nous ne l'étions par leurs efforts. Elle,

c'est la souveraine dont la toute-puissance ignore l'entrave. L'instinct redouble d'entrain, mais pour lui obéir, et l'on sent qu'il n'ira que jusqu'où l'intelligence permettra.

Ses castagnettes despotiques ou soumises, railleuses ou suppliantes, tentatrices ou menaçantes, humiliées ou victorieuses, agressives ou câlines, impatientes ou résignées, sont le frissonnement ailé de son âme. Le moindre de ses gestes a plus de signification que le plus limpide discours, plus de précision que le plus net dessin, plus de nuance que la peinture la plus riche, plus de résonance que la plus claire musique. Sa danse est aussi psychologique que rythmée. On l'admire en la compréhendant.

Elle réalise le voeu du poète souhaitant l'étranglement de l'éloquence. La Argentina a les mains trop fines pour lui tordre le cou; mais de son talon triomphant elle lui casse les reins.

S'il est vrai qu'au commencement du monde le Verbe était seul, et qu'il se fit Chair pour nous sauver, il se fera Rythme pour charmer les Espagnols au paradis.

Les courses de taureaux. — Seules survivances des « circenses » romains, depuis la disparition des autodafés, elles sont le prestigieux abreuvoir où la soif ancestrale des spectacles de combat et d'agonie vient perpétuellement se désaltérer, sans jamais parvenir à s'étancher. Du haut en bas de l'échelle sociale, et quelle que soit la hausse du prix des places, toute la population y accourt, même les mendians, même les aveugles. La nonne la plus dévote, la grand'mère la plus paisible, le malade le plus débilité, se passionnent pour les

défendre. Et c'est bien là la preuve la meilleure que puissent invoquer les Espagnols, du peu d'hérédité que leur léguèrent les Maures. Ceux-ci, en effet, épris d'adresse, mais répugnant à la cruauté inutile, aimait les tournois et méprisaient la corrida.

Sans parler de la splendeur du décor et des toilettes, il est prodigieusement intéressant de suivre les palpitations haletantes d'une foule immense, anxieusement penchée sur les passes meurtrières d'un fauve en fureur et d'hommes le bravant avec agilité. Mais, tant que la grâce du dieu des Phéaciens, « ces étripeurs, écorcheurs, pendreurs de têtes aux murailles », célébrés par Donnay et Lemaître, n'a pas opéré, on ne peut admirer l'audace de l'agression humaine sans songer qu'elle a été soigneusement préparée, alors que l'inexpérience de la bête forcée à la défense au sortir des ténèbres du toril, sous l'aveuglement du jour ensoleillé, est complète. D'autre part l'hectisie flageolante des pauvres rosses sous la pesante rai-deur des picadors matelassés, enlève beaucoup de sérieux à l'apparât guerrier de la cuadrilla. L'enthousiasme le plus impartial distribue au toréador et au taureau les applaudissements et les sifflets. La blessure de celui-là, quand il est maladroit, laisse la foule indifférente sur ses conséquences peut-être mortelles, tandis que l'animal sacrifié après une vaillante lutte est sincèrement regretté.

Leur conduite dans le cirque, comme la nudité des murailles où se superposent les tombes dans leurs cimetières, montrent combien l'on est réfractaire à la peur et au respect de la mort par-delà les Pyrénées.

Le détachement, plus raffiné que stoïque, avec lequel Sénèque à 60 ans et Lucain à 26 ans s'ouvrent les veines en badinant ; la tentative de la jeune Pauline, épouse du premier pour le suivre ; la mise en selle du corps putréfié de Rodrigue pour effrayer les Sarrasins ; les promenades en voiture de Jeanne la Folle, avec le cadavre de son mari ; la répétition que donna Charles-Quint de ses propres funérailles ; les exhumations sinistres de leurs parents décédés par Philippe II et Charles II que Paul de Saint-Victor décrit avec tant de couleur ; les prises de mesure de son propre cercueil par Philippe IV ; la nuit passée avec les ossements du Cid, pour en contracter le courage, par un des généraux qui repoussèrent l'invasion de Napoléon, sont autant de témoignages de cette camaraderie des vivants avec la mort.

« La vie est infime, mais le mépris de la vie est gigantesque », professait Sénèque. Ses arrière-neveux pensent comme lui, tout en jouissant, comme il le fit d'ailleurs lui-même, de ce qui est méprisable.

L'organisation psychiatrique. — Ce ne fut pas une surprise, pour les Congressistes de Barcelone, d'apprendre beaucoup de choses en écoutant leurs confrères transpyrénéens Gimeno Riera, Rodriguez Arias, Sanchès Banus, Lopez Albó, Mira, Lafora, Germain, Tolosa, Monke, Banus Abeundo, Banus Buano, de Llano, Gengelo, Perpina, Moralen Valesco, Catasus, Juncosa, Orga, Sarro, Soler Martin, Rodriguez Morini, Vilaseca, Solevicens.

Plusieurs d'entre eux, et bien d'autres de leurs compatriotes, comme Maranon, Rocamara, César Juarros, qui vient de donner une étude sur le

diagnostic et le traitement psychiatriques d'urgencée, étaient connus par leurs travaux antérieurs. Depuis que la gloire mondiale de Ramon y Cajal avait attiré l'attention des neurologistes et des psychiatres, les revues françaises consacraient une rubrique à la science espagnole. Dans les *Annales Médico-Psychologiques*, Wahl, Arsimoles, Lagriffe, Louis Parant et d'autres se chargèrent de résumer les intéressantes publications d'Espagne.

Quelques-uns de ces auteurs avaient déjà assisté à nos Congrès ou à nos Réunions neurologiques et nous regrettâmes de ne pas trouver celui qui les fréquenta le plus assidûment : le docteur Sixto Alvarez Arman, directeur de l'asile d'aliénés d'Oviedo. Il était l'inséparable compagnon d'Anglade. Et j'avais eu le plaisir de sa visite à Stéphansfeld, il y a quelques années, lors d'un voyage d'études qu'il faisait en Europe, avec l'architecte de sa province, pour la reconstruction de son établissement.

Ce qui nous étonna tous, fut d'apprendre que dans la patrie de tels maîtres, l'organisation neuro-psychiatrique était encore en voie de formation.

Il n'y a, en effet, dans aucune faculté de médecine, ni chaire de psychiatrie, ni chaire de neurologie. La première de ces sciences est enseignée pêle-mêle avec la toxicologie, la technique des autopsies et des expertises, par le professeur de médecine légale. La seconde l'est conjointement avec la médecine viscérale, par le professeur de pathologie interne. Et, nulle part, les asiles ne sont officiellement utilisés pour l'enseignement.

Bien souvent les professeurs de ces deux bran-

ches, si spéciales de la médecine, ne possèdent sur elles qu'une compétence très limitée. Et jamais l'étudiant ne trouve réunies, côté à côté, toutes les espèces de maladies mentales et nerveuses qu'on lui décrit. Malgré cela il lui arrive d'acquérir une maîtrise véritable dans la connaissance du système nerveux et des rouages de l'âme humaine, tant l'innéité des aptitudes peut suppléer au défaut d'organisation.

La loi de 1885 qui règle l'assistance psychiatrique n'admet pas les services ouverts et prescrit les formalités suivantes : le certificat d'internement doit être signé de deux médecins n'ayant aucune parenté avec le malade ni avec le propriétaire de l'asile, et conclure à la nécessité de l'internement. Il doit être visé par un médecin officiel. L'alcade doit prononcer l'urgence de la mesure. Et celle-ci peut être maintenue pendant 6 mois. L'intervention du juge est nécessaire pour que l'internement soit prolongé au-delà.

Aucune sélection scientifique ne préside à la nomination des médecins d'asiles, sauf dans de très rares exceptions, comme à Gérone où il y a un concours. Fonctionnaires municipaux, provinciaux ou d'Etat, suivant l'établissement auquel ils sont affectés, c'est l'autorité administrative qui les nomme.

Le plus souvent l'asile étant propriété privée, ils sont choisis par la congrégation qui les surveille et intervient dans leur thérapeutique, fixant la liste des médicaments permis.

Leur nombre et leurs gains sont fort variables d'un endroit à l'autre. Par exemple en Catalogne, pour une population de 2.000 malades, on compte

4 médecins-adjoints non logés avec un médecin directeur logé et dont le traitement terminal est d'environ 27.000 pesetas.

Les médecins experts ou *medicos forenses* peuvent être pris ailleurs que parmi les médecins d'asile.

Je crois que cette profession n'a été recherchée par aucune femme, et pourtant c'est une savante, la « latina » Béatrice Galindo de Salamanque, qui du temps d'Isabelle fonda l'hôpital de Madrid.

La charge des aliénés incombe tantôt à la ville, comme à Barcelone, tantôt à la province, comme à Madrid

Les asiles sont installés souvent dans de vieux bâtiments dont quelques-uns, comme ceux de Grenade, sont des chefs-d'œuvre de la renaissance. Parfois ils sont dans la ville, comme à Tolède, où il est près des verdures de la Vega, ou comme à Salamanque, où il borde la plaine aride du Tormès.

Habituellement ils sont perdus dans la campagne. En Catalogne il y en a 8. San Baudillo, l'asile public de Gérone, l'asile privé de Gérone, San Andrea, où sont les criminels, Nuevo Belin, Lascos, Reuss, le Service Municipal de Barcelone. En outre il existe à Palma, dans les Baléares, un hôpital psychiatrique fondé par les docteurs Escalas et Méroiz qui, nous assure Hamel, est tout à fait modèle.

Il n'y a pas d'asile pour les enfants aliénés.

Les membres du Congrès de Barcelone visitèrent celui de San Baudillo, à 15 km. de Barcelone, et qui appartient aux Frères Saint-Jean-de-Dieu, et dont la section des femmes est dirigée par des sœurs du Sacré-Cœur ; celui de Pedro Mata, près de Reuss

qui appartient à une société privée avec un personnel laïc pour la section des hommes et des sœurs de St-Vincent-de-Paul pour la section des femmes ; celui que la Députacion fait construire dans la banlieue de Barcelone, à Santa Colona de Gramanet.

On s'est efforcé de dire ailleurs le chaleureux accueil qu'on reçut de la part des confrères et des propriétaires de ces établissements, et d'esquisser leurs caractères essentiels.

On trouvera plus de précision dans l'étude documentée que leur a consacrée Beaussart.

Cette clinique de la Députacion de Barcelone sera la réalisation du mouvement de réforme provoqué ces dernières années par nos vaillants confrères. La disposition architecturale y sera à la hauteur de l'organisation scientifique avec cure libre, dispensaire, enseignement clinique, recherches de laboratoire, instruction professionnelle aux infirmiers et aux infirmières, etc.

Plusieurs sociétés médicales coordonnent les efforts des spécialistes, entre autres l'Association espagnole des neuro-psychiatres et la Société de psychiatrie et de neurologie de Barcelone, auxquelles les congressistes furent redevables d'une intéressante soirée musicale. Sous leur impulsion les Facultés ont obtenu, depuis mai 1928, le droit de créer des chaires libres de neuropsychiatrie.

Depuis 1920 les Archivos de Neurobiología ont été fondées par Ortega Gasset, Lafora et Sacristan. Elles canalisent, en la régularisant, l'intéressante production qui s'éparpillait autrefois dans le célèbre journal *Il Siglo Medico* dont on vient de fêter la 75^e année. Leur animateur est le secrétaire

général José-Germain Cébrian, qui à la science neuropsychiatrice unit une érudition et une culture artistiques dont j'ai beaucoup profité en parcourant le Pavillon National de l'Exposition.

Sous la convergence de ces efforts, l'Espagne est en train de reconquérir la place qu'elle avait à la fin du Moyen Age, lorsque les moines guerriers de la Merci, instruits par les Maures, fondèrent à Valence, en 1409, le premier asile d'aliénés d'Europe et lorsqu'un siècle plus tard, le portugais Jean de Dieu, canonisé depuis, institua à Grenade l'ordre religieux qui les soigne encore dans plusieurs pays.

Il est impossible de rien conclure du mélange déconcertant des impressions contradictoires que l'on rapporte d'un tel voyage.

La connaissance du Portugal (1), éden accidenté sur l'océan, n'aide guère à comprendre l'Espagne terrestre et méditerranéenne qui lui ressemble peu.

Les contrastes du sol, à la fois sec et fécond ; les excès du climat tantôt brûlant, tantôt glacial ; la violence de la lumière sur les reliefs et les couleurs ; l'appétit brutal de la vie et le mépris raffiné de la mort ; l'alliance de l'orgueil et du sens égalitaire ; la sobriété et le goût de la richesse apparente ; le sang-froid et la passion, le christianisme païen déconcertent tout jugement.

Psychiatre, l'on suppose que la comparaison serait fructueuse des réactions psychologiques des

(1) Impressions médico-psychologiques du Portugal. *Ann. médico-psychol.*, janvier 1928.

Espagnols et des étrangers à la même maladie mentale. Ceux-là dont la pensée se révèle comme essentiellement concrète, à en juger par le luxe des détails matériels dont ils surchargent leurs figurations artistiques, n'ont-ils pas des délires très hallucinatoires ?

C'est le cas de rappeler, bien que ces exemples soient pris sur des sujets nullement psychopathes (1), que d'après Delacroix, le mysticisme de la castillane sainte Thérèse d'Avila se caractérise par un automatisme visuel et auditif, tandis que celui de la française Mme Guyon se distingue par un automatisme moteur.

L'auto-accusation n'est-elle pas un thème rare dans la mélancolie de gens apparemment enclins à l'indulgence envers soi-même ? Et le suicide n'est-il pas fréquent dans les psychoses d'individus à qui la mort n'inspira jamais ni crainte ni respect ?

Mais les réponses à ces questions n'éclaireraient pas beaucoup le problème et l'Espagne, dans sa mystérieuse beauté, resterait toujours une captivante énigme.

Paul COURBON.

(1) Saint François-d'Assise et la psychiatrie. *Annales Médico-psych.*, janvier 1927.

UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

L'ILLUSION DES SOSIES

Par Jacques VIÉ

Interne des Asiles de la Seine

Parmi les troubles de la reconnaissance que l'on rencontre assez fréquemment chez les malades mentaux, on peut distinguer deux ordres de phénomènes. Les uns liés à une insuffisance dynamique ou organique des processus élémentaires de la mémoire donnent lieu aux fausses reconnaissances : celles-ci, fragmentaires, épisodiques, résultent d'un déficit intellectuel ou d'un état de doute permanent. Les autres, au contraire, basés sur des convictions délirantes, se présentent sous forme d'affirmations ou de négations systématiques, soit à titre de thèmes explicatifs, soit par suite du sentiment d'étrangeté ou de modifications intimes du moi, qu'une tendance transittiviste reporte sur le monde extérieur.

**

Dans ce groupe de faits, un syndrome vient d'être isolé depuis 1925, par M. le Dr Capgras qui lui a donné le nom employé par les malades eux-mêmes : *l'illusion des sosies*.

Dans une leçon faite à la Clinique des maladies mentales, le 6 mars 1929, M. Lévy-Valensi (8) proposait avec raison de l'appeler : syndrome de Capgras.

Depuis le cas princeps, publié par Capgras et Reboul-Lachaux (1), à la Société clinique de médecine mentale en janvier 1923, Halberstadt (2), Capgras et Cartette (3), Dupouy et Montassut (4), Capgras, Lucchini et Schiff (5) en ont apporté d'autres exemples. Un élève

de M. Desruelles, Bouvier, dans sa thèse (1926), fournit 5 observations nouvelles (6).

Nous venons de nous livrer dans les services de MM. Capgras et Beaudouin à l'Asile de Maison-Blanche à une enquête qui a démontré la fréquence relative du syndrome au cours d'états divers, lorsqu'on le recherche systématiquement : une vingtaine de cas nouveaux ont été réunis chez des délirants systématisés hallucinatoires, des déments paranoïdes, des mélancoliques, épisodiquement au cours d'états maniaques.

De plus, nous avons été frappés de ce que, dans le plus grand nombre de cas publiés, l'illusion des sosies, contrairement à ce qu'on pouvait attendre, consistait non pas à affirmer des ressemblances entre des sujets différents, mais à rechercher *des dissemblances entre les apparitions diverses d'un même individu*.

Dans le cas princeps de Capgras et Reboul-Lachaux, Mme de Rio-Brando dépeint les sosies « *des personnes ayant la même ressemblance* ». Pourtant son délire consiste, sur ce point, à ne plus reconnaître sa fille qui vient la voir, « et qui n'est chaque fois ni tout à fait la même, ni tout à fait une autre ».

En 4 ans plus de 2.000 sosies de sa fille ont défilé devant ses yeux. Il s'agit bien comme le dit M. Capgras, d'une « *agnosie d'identification* ».

Pourtant, dans quelques cas nouveaux, les malades affirment au contraire *l'identité* de personnes qui pour les gens normaux, ne présentent aucun point de ressemblance. Ces malades n'indiquent que de vagues analogies physiques, mais la conviction d'identité, conviction absolue, repose sur leurs idées délirantes. Ces faits se rapprochent singulièrement du cas rapporté par Courbon et Fail (7), sous le nom « *d'illusion de Fré-goli* » ; la malade attribue ici à sa persécutrice supposée le pouvoir de s'introduire dans les personnes de son choix qui deviennent par ce fait ses « *sosies* », malgré la diversité des apparences.

Nous proposons pour la première catégorie de sosies, celle qui repose sur la perception de dissemblances inexistantes, sur la négation d'identité, le terme de

216 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

sosies négatifs : pour la seconde catégorie, dans laquelle il y a affirmation de ressemblances imaginaires, le terme de *sosies positifs*.

Illustrons-les de quelques exemples.

I. — ILLUSION DES SOSIES

PAR MÉCONNAISSANCE SYSTÉMATIQUE, SOSIES NÉGATIFS

Ce sont les cas les plus fréquents et les premiers étudiés. Voici l'observation d'une femme de 52 ans, Mme S..., atteinte de psychose hallucinatoire chronique et décédée dans le service de M. Capgras, en 1925.

Mme S... Amélie, femme de ménage (52 ans).

Psychose hallucinatoire chronique

Femme d'un alcoolique épileptique mort en 1912, Mme S... présente les premiers troubles en février 1920, où elle dit à son fils venu du service militaire, en permission : « C'est très drôle, il me semble qu'il y a trois mois un autre est venu en permission et ce n'était pas toi. »

Puis elle devient violente, fait à son fils des scènes journalières, lui reprochant de faire partie du « trafic » qui vit à ses dépens : elle quitte la maison deux fois, met son fils à la porte, donne ses meubles et ses vêtements au chifonnier, tente de se suicider, le 28 août 1925, en s'asphyxiant avec du soufre ; les pompiers la rattrapent sur le toit de l'immeuble.

Internement le 12 septembre 1925 : « Délire hallucinatoire de persécution, avec interprétations rétrospectives, méconnaissances systématiques multiples, représentations de ressemblances. Trafic continual depuis plusieurs années ; prise de la pensée : hallucinations olfactives et tactiles. Réactions anxiuses par intervalles. Tentatives de suicide. » (Dr Capgras, 20 septembre 1925).

Décès le 28 septembre 1925, par broncho-pneumonie.

Les *méconnaissances* inexactes occupent le premier plan du délire. Elles portent sur la propre personnalité de la malade, sur celle de son mari défunt et de ses 2 enfants, qu'elle a perdus, sur celle de son fils encore vivant.

Elle-même « est représentée dehors par une femme qui lui ressemble, sauf par le nez ».

Elle croit que les gens la regardent « parce que sa figure est changée ». Le 5 octobre 1925, elle croit avoir « sur le

nez et sur la joue droite des trous disgracieux », ces trous la défigurent et l'empêchent de trouver une occupation », elle veut « qu'on lui fasse sur le visage une greffe de peau prise à son poignet ; la greffe remédiera à ces désagréments ».

Son mari a été changé plusieurs fois depuis leur mariage, « par un autre toujours à sa ressemblance ; il changeait de métier, c'est donc qu'on le changeait. Son mari est mort en 1912, mais ce n'était pas lui, c'était un homme qui avait aussi des enfants : sur le moment, elle ne le remarquait pas ; maintenant, elle découvre qu'il n'y avait pas de ressemblance entre eux, ce n'étaient pas les mêmes traits, ni la même façon d'agir ».

Ses enfants ont été changés tout le temps, « ils se ressemblaient entièrement, mais si elle avait connu le trafic, elle aurait vu qu'ils différaient ; ce ne sont pas ses filles qui sont mortes ».

Le 2 octobre, elle dira qu' « elle a accouché de ses premiers enfants à la maternité principale, on les a changés dès leur naissance ».

Son fils surtout n'est plus le même : depuis l'incident initial de février 1920, elle épie ce pseudo-fils, la nuit, pendant son sommeil, penchée sur son lit, à la lueur d'un lampe. Un jour, elle lui dit : « Qu'as-tu fait de mon fils, tu l'as assassiné. »

Certains sosies de son fils n'ont qu'une petite moustache : d'autres pleurent ; ils étaient tantôt énormes, tantôt maigres, « alors que mes fils sont moulés ». Un jour, elle lui voit un petit pied qui n'était pas le sien, on l'arrange à la ressemblance du sien, mais il n'a pas le même timbre de voix.

A l'Asile, on change les médecins et les infirmières. Et, généralisant ce procédé, Mme S... conclut que « personne n'est personne ; ce trafic est tellement vendu partout ; ceux à qui on le vend tuent ensuite ceux à qui ils l'ont acheté ».

Les *troubles sensoriels* de Mme S... sont marqués par des hallucinations auditives : elle entend les voix de ses enfants hurler « Maman », elle les écoute à travers les murs de sa chambre, on ne cesse de la menacer par les trous du plafond.

Aux hallucinations olfactives et tactiles, électrisation, sensation de piqûres, s'ajoutent, en octobre 1925, des hallucinations génitales des plus nettes, qu'elle décrit avec complaisance. On agit à distance, par le trafic, « à l'endroit que la femme a de plus sensible ; on lui fait éprouver des sensations voluptueuses, « comme si elle était une jeune femme »

218 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

capables « de rajeunir une femme de cent ans ». D'autres fois, ce sont des impressions désagréables « comme des coups de marteau ». Le syndrome d'automatisme mental se traduit chez elle par l'écho et le vol de la pensée. On voyait tout chez elle, on le lui disait. On agissait constamment sur elle par ce trafic ; on l'avait poussée au suicide.

Ces éléments pathologiques, accompagnés de l'interprétation du passé de la malade, lui ont servi à édifier son *système délirant du trafic*, monté par des accoucheurs, transmis par eux à un certain nombre de personnes, qui se substituent aux membres de sa famille et de son entourage, pour vivre aux dépens de ceux qu'elles remplacent après les avoir fait disparaître.

Mme S... affirme que son mari, ses enfants, elle-même ont été modifiés *dans leur physionomie et dans leur manière de se comporter*.

D'autres malades donnent sur ces deux points de vue des précisions beaucoup plus grandes.

Mme Del..., psychose hallucinatoire chronique (service de M. le Dr Capgras), soutient que ce n'est pas toujours son enfant qui vient la voir. Elle a la première impression que c'est elle, absolument elle. Mais il y a des différences de taille ; les cheveux n'ont plus la même teinte ; les dents, le nez, le menton n'ont pas les mêmes proportions ; ce sont toujours de gentilles petites filles. Il y a donc plusieurs sosies de sa fille ; les autres membres de sa famille qui viennent la voir ont toujours été « nets » ; sauf un neveu âgé de 14 ans, pour lequel elle croit à « un seul sosie » ; lors d'une visite, il s'est abstenu de parler, il n'a dit que quelques mots d'une voix un peu éteinte. Mme D., d'ailleurs, relève sur elle « les mêmes variations. Elle vient de constater chez elle, depuis le déjeuner, un changement de visage flagrant ».

En effet, en même temps que les malades notent sur leurs proches ces changements multiples, minimes, difficiles à définir, sur lesquels s'évèrtue leur sens géométrique, ils subissent eux-mêmes dans leur personnalité des modifications considérables. Souvent, leur expression recule devant l'intimité des processus, et suivant en cela les lois bergsoniennes, ils essaient de

traduire par les cadres métriques de l'intelligence, les troubles insaisissables de leur Moi. Mme de Rio Branco (observation princeps de MM. Capgras et Reboul-Lachaux), tente de matérialiser en centimètres la métamorphose de son psychisme. Voici les termes par lesquels, en dix ans d'évolution, elles les a exprimés :

En 1918, « j'étais blonde et non brune ».

En 1920, elle écrit : « Pour ne plus qu'il y ait d'erreurs, voici mon signalement, qui est urgent, d'après le changement qui s'est opéré en moi depuis vingt-cinq ans que je suis dans ces deux propriétés. J'ai été métamorphosée pour changer complètement ma personne... Signalement : j'étais blonde, yeux marrons, avec particularités noires dans le marron, cicatrices près de l'œil droit et différentes autres, main droite avec cicatrice et bague turquoise, qui m'a été confisquée et deux petites lentilles au cou. Habillée journalièrement, dans les dernières années, d'un tailleur noir et gros bleu, chapeau noir amazone, avec voilette et chapeau gros bleu. Accompagnée d'une fillette blonde. Robe brodée... Cette personne, qui est moi, et dont je donne le réel signalement, est hors de doute pour sa droiture... Il n'y a pas d'erreur possible, je suis la seule avec ces marques. »

En 1928, elle déclare : « Ils m'ont toute métamorphosée, diminuée de hauteur, je pesais 168, j'avais 148 de tour de poitrine, 78 de taille, 134 de tour de hanche, 36 1/2 de pied. J'étais blonde, avec des particularités dans les yeux. Ceux qui m'ont fait cela, je les trouverai. »

La malade de Halberstadt (2) était moins impuissante à exprimer les nuances morales. Aussi n'e se contente-t-elle pas de relever les détails physiques.

Son mari est remplacé par un sosie, mais « ils n'ont pas absolument la même teinte des yeux, les dents de l'un sont plus écartées que celles de l'autre ». La différence physique est minime, il s'agit surtout de différences morales. Pour son mari, « le sosie avait le caractère plus sec et plus logique ». Pour son fils, « le sosie était plus lourdaud, moins intelligent, moins expansif ». Ses propres sentiments étaient meilleurs à l'égard des vrais mari et fils que de leurs sosies.

Elle-même a subi la prestidigitation de la pensée; ses idées ne sont pas à elle, elles lui sont inspirées par

220 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

autrui. Et elle constate la différence de son affectivité envers les vrais mari et fille, malheureusement disparus depuis plusieurs années, et les sosies qui les ont remplacés.

Chez Mme H., malade de M. le Dr Beaudouin, la constatation subite du changement opéré sur la personne de sa mère entraîne une réaction violente :

« Depuis le 19 juillet 1929, sa mère lui manque véritablement ; ce sont des sosies qu'elle a vus à la place de sa mère, des personnes qui lui ressemblent trait pour trait, le portrait exact, sauf de petites différences, le côté bien plus creux ; dans le visage, des différences quand même dans l'expression, les mains n'étaient pas pareilles... »

Instinctivement, elle commence par tutoyer ce sosie, puis lui dit : Madame, et enfin, la met à la porte. Elle y a été obligée (1).

Du moment que le sosie a remplacé la mère de la malade, la mère véritable ne reparaîtra plus. C'est une particularité essentielle des sosies négatifs : que ce soient des sosies personnels (auto-sosies), ou des sosies d'autrui (hétéro-sosies), jamais un sujet né se trouve conjointement avec son sosie propre. Il y a *exclusivité* entre un individu quelconque et le sosie de celui-ci.

Mme de Rio Branco, qui certainement bat le record du nombre de sosies, car elle en a eu 3 pour elle-même, qu'elle disait *connaître*; sa fille en a eu plus de 2.000 en 5 ans, le mari 80, etc., elle qui a vu 15 sosies du médecin et 80 de la surveillante à Maison-Blanche, Mme de Rio Branco n'est jamais parvenue à voir *en face d'elle conjointement* sa fille *et* son sosie, le mari *et* son sosie, le médecin *et* son sosie.

Il s'agit, en effet, toujours des mêmes personnages: Mme de Rio Branco et les autres malades semblables n'avaient bien, en réalité, qu'un mari, toujours le même, etc., et le personnel de l'Asile n'avait pas changé du jour au lendemain.

(1) Fait curieux, la mère méconnue fit temporairement sortir la malade de l'asile pour obtenir d'elle une procuration qu'elle éroyait indispensable dans un règlement d'affaires.

Mais ne présentaient-ils pas, les uns et les autres, d'un jour à l'autre, d'un mois à l'autre, d'une visite à l'autre, quelques variations de physionomie, de corpulence, d'expression, sensibles au cours d'internements prolongés des années, susceptibles d'échapper à un entourage absorbé par la tâche quotidienne et que pourraient remarquer les malades oisifs, dont l'esprit est orienté par l'analyse de leurs maux, vers les remarques fines de psychologie ?

C'est ce que semblent penser justement Lucchini et Schiff (5), lorsqu'insistant sur le caractère intellectuel de l'illusion des sosies, ils écrivaient à propos de leur maladé, pourtant *paralytique générale* : « Son intelligence critique reste néanmoins assez forte pour noter les différences caractéristiques et elle bâtit son illusion de sosie comme la seule explication rationnelle de ce changement. »

Après l'examen de nombreux malades, il nous semble bien qu'il n'en soit pas ainsi de façon générale.

Pourquoi les malades s'attachent-ils à une si minutieuse évaluation de détails insignifiants, proportions du visage, couleur des yeux, nuances d'expression ?

Est-ce parce que, d'emblée, ils ont été frappés par des modifications aussi minimes ? Ou ne serait-ce pas plutôt parce qu'ils sont surpris justement de reconnaître d'une façon parfaite, absolue, sans l'ombre d'un doute, des gens qu'ils croient disparus de leur vie, et qu'ils revoient avec peine ? Loin de présenter de fausses reconnaissances, comme le psychasthénique douteur, qui a la hantise de l'erreur à commettre, comme le dément indifférent qui n'en a cure, nos malades, eux, se refusent non à reconnaître mais à identifier ceux que leur délire a détachés d'eux pour toujours.

Ce qui a changé, ce n'est pas l'entourage, ce sont les *malades eux-mêmes* ; l'altération primitive est celle de leur personnalité par la psychopathie ; elle se manifeste bien souvent par l'apparition de *l'automatisme mental*.

La malade de Lucchini et de Schiff exprimait avec une grande justesse d'expression les changements survenus en elle.

222 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

« Tout lui paraît changé. Elle-même est toute changée. Quand elle se réveille, elle ne se reconnaît plus, elle a l'impression d'avoir un corps avec une double peau... Elle ne sait pas si elle existe encore, elle ne sait pas si c'est elle qui existe encore, elle ne sait pas si c'est elle qui est là. Les maisons, les arbres, elle ne les reconnaît plus, on a changé le paysage. Elle est changée, et pourtant elle a gardé le souvenir de tout. Elle se rappelle toute sa vie. Elle n'est plus la même personne et pourtant elle sait que c'est elle qui a vécu sa vie d'autrefois. »

En voici bien d'autres exemples :

Mme Del... perd son mari et rencontre des difficultés d'affaires ; en même temps on lit dans sa tête, on la retient lorsqu'elle veut parler. Depuis la même époque, elle n'est plus visitée par sa vraie fille mais par le sosie de celle-ci.

Alors que Mme S... devient hostile et violente envers son fils permissionnaire, on se met à répéter, à dérober sa pensée, on agit sur elle de toutes façons par un *trafic* mystérieux.

Mme de Rio Branco manifestait, dès 1911, la totalité de ses idées délirantes, en particulier de ses conceptions métaboliques, ainsi que la certitude du changement de son mari.

Mlle P... (malade de Capgras et Carrette), est encore plus démonstrative : après une longue période schizophrénique (1915-1922)* Mlle P... révèle, en 1924, tout un complexe d'Œdipe (amour pour son père avec haine de la mère, sa rivale), en même temps que la conviction du remplacement de ses parents par des sosies lors de leurs visites à l'Asile.

Malgré tous les efforts pour déceler des dissemblances physiques, Mlle P... n'y parvient pas ; elle examine les robes, le manteau, les bijoux de sa mère ; elle retrouve chez son père les cheveux blancs, les yeux bleus, la taille, la voix qu'elle lui a connus ; tous les détails y sont et cependant ce n'est pas lui... Au début elle hésite, reste perplexe, encore en 1923.

Mais, le 3 mars 1924, elle écrit à ses pseudo-parents « cher Monsieur, et Madame... ». L'écriture de ses

parents, qu'elle reconnaît très bien, n'en est que l'imitation.

Or, ce n'est que lors de son dernier internement, en 1922, que Mlle P... a étendu à son père la haine morbide qu'elle avait précédemment pour sa mère. Dans des soliloques injurieux et obscènes, elle lui reprochait avec amertume de l'avoir fait enfermer pour rester avec sa mère « la vieille hystérique ».

Et depuis 1922 s'est affirmé aussi l'automatisme mental, spontanément exposé par la malade dans un écrit de 1924.

« Je pense, j'entends par des voix ce que je viens de penser. Je me dis que je me tuerais si je vois que je ne peux pas me sortir de la tête l'idée de ma mère. J'entends cette voix qui répond : je me tuerai. Je finis par croire que ce sont des esprits de serpents invisibles qui sont à épier tous mes gestes et qui peuvent lire toutes mes pensées ; on m'envoie aussi des odeurs invisibles de parfum de rose, ou, alors, de mauvaises odeurs...

« Ces voix sont des voix d'esprit dans l'air : ils imitent la voix de mon père, de ma mère et de mon frère, pour me faire croire que mes parents répondent à mes réflexions.»

Parallèlement à toutes ces méconnaissances spéciales, on rencontré donc une *dissociation* plus ou moins accentuée de la *personnalité consciente*, que traduit l'automatisme mental, avec ses sentiments d'influence, de possession, d'emprise, la devination, le vol, la répétition de la pensée, les hallucinations psycho-motrices et psychiques, etc...

Un choc d'ordre affectif (mort d'un proche, difficultés nombreuses, séparations, internement, etc...), dans lequel le dépit amoureux peut tenir sa place, localise sur un membre de l'entourage le *sentiment d'étrangeté* que le malade éprouve ; il le reporte sur cet objet : ne pouvant admettre qu'il a changé lui-même, le malade est *à priori* convaincu que *l'autre* s'est transformé malgré la ressemblance persistante, qui fait parler de sosie.

Le malade qualifie donc de *sosie*, c'est-à-dire de *ressemblant*, un individu qu'il ne peut réussir à mécon-

224 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

naître, bien que cette non-identification lui soit nécessaire à se reconnaître lui-même.

L'attitude mentale prise par le malade est si paradoxale qu'il en éprouve lui-même comme une conscience vague et qu'il ne cesse de proclamer, dans un langage hermétique, bourré de néologismes, la persistance intégrale de son individualité.

Au milieu des bouleversements extérieurs, Mme de Rio Branco insiste sans cesse sur « sa droiture » :

« Il n'y a que moi qui soit toujours identique, dit Mme H..., je suis du dessus véritablement ; je ne dis pas un millième de mot qui ne soit la loi française même, je suis la catholique romaine dans toute l'acception du mot. Or, on m'a transportée dans le dessous, dans le deuxième ou le troisième dessous, dans les Zites. Dans le dessous, les personnes ne sont jamais les mêmes ; constamment, elles disparaissent, elles se refont une personnalité. » Mme H... souffre de ces changements continuels, elle tient toujours à la main son état civil ainsi que le résumé de ses mésaventures, rapportés en double exemplaire sur des feuilles de papier timbré.

**

Ainsi l'illusion négative des sosies relève d'une méconnaissance systématique. Celle-ci demeure partielle, puisqu'elle ne nie pas de façon absolue l'existence ou la qualité des victimes mais affirme seulement leur remplacement, leur substitution.

Elle naît au milieu des troubles de la personnalité que traduit le syndrome d'automatisme mental, souvent à l'occasion de chocs émotionnels.

Nous rechercherons plus loin quelles en sont les conditions intellectuelles et la valeur sémiologique.

II. ILLUSION DES SOSIES PAR AFFIRMATION DE RESSEMBLANCES FORTUITES (SOSIES POSITIFS)

Voici maintenant des malades qui perçoivent entre diverses personnes des ressemblances telles qu'elles

peuvent les qualifier de sosies. — S'agit-il de vrais sosies au sens de Molière ?

Deux exemples suffiront pour en dissuader.

Mme B... Marie, 38 ans, domestique (service de M. Capgras).

Démence paranoïde

Mariée depuis 1911. Pendant que son mari est mobilisé, Mme B... le trompe avec plusieurs hommes. Son inconduite avait fait demander au mari le divorce, au moment de l'internement, le 21 octobre 1923. Dans le certificat de Logre, on relève : « Déséquilibre psychique. Emotivité, probabilité de perversions instinctives multiples, érotisme, mythomanie, etc... Etat actuel de dépression et d'anxiété, avec insatisfaction sexuelle, angoisse, crises de nerfs violentes, avec réactions menaçantes envers l'entourage. Se sent devenir folle. Déclare avoir besoin de relations sexuelles fréquentes avec son mari... Tendance à l'obésité. Quelques signes de dysthyroïdie, surtout d'hypothyroïdie. »

A *Maison-Blanche*, M. Capgras écrit, le 14 novembre 1923 : « Délire onirique de persécution et de richesse. Récits imaginaires, en partie stéréotypés. Idées érotiques, préoccupations hypochondriaques, somnolence fréquente. »

Mme B... déclare n'avoir pas trompé son mari, elle a eu des relations avec des sosies de son mari :

« Son mari lui envoyait des lettres timbrées du front, mais il était resté dans la maison, il avait un timbre à lui de Compiègne ou de Verdun... Une doctoresse lui dit d'aller dans la chambre d'un voisin et d'avoir des rapports avec lui pour se calmer les nerfs. Le voisin trouve cela tout naturel, ce ne pouvait donc être que son mari. *Il avait les mêmes façons de faire que son mari, les mêmes...* Il portait perruque, c'est son métier qui le veut, il est détective ; il se faisait appeler Joseph G... Cependant, à certains moments, cet individu, prenant sa véritable identité, revenait du poste en costume militaire, comme permissionnaire. En réalité, il s'habillait en poilu mais n'avait pas quitté l'immeuble ; quand il se faisait appeler B..., il avait une perruque brune. »

Il a continué à avoir une existence mystérieuse après la guerre ; elle le rencontre au mois de septembre, boulevard de Clichy, perruque brune, nouveau costume, ayant un peu engrangé. Une amie lui donne son adresse, elle va le voir, a des rapports avec lui. Dans Paris, on le connaît sous le nom c'Harris, sa photographie est exposée un peu partout.

Les mêmes événements se produisent pour un M. Elie, qu'elle rencontre dans la rue. Elle l'avait déjà vu dans la rue, pendant la guerre, sous l'aspect d'un sergent très joli, prix de beauté.

Il y avait bien quelques différences physiques entre Elie et B..., mais son mari est un véritable illusionniste, il change de figure comme il veut.

Elle a eu des relations avec « beaucoup d'hommes », qui *semblent différents, mais qui sont en réalité le même homme : son mari.*

Son nom véritable est André Harris, détective. Il disait être plombier, en réalité, élève détective et aussi aviateur. En 1920, il se fit passer pour interne en médecine, dans le service du Dr D..., à Bicêtre, où elle était traitée pour salpingite, il se faisait appeler Joseph Du... Le Dr et Joseph Du... ne sont qu'un même homme : son mari. Mais ce qui lui permet d'affirmer que ces hommes si différents ne sont en réalité que des transformations de son mari, *c'est qu'au moment des rapports sexuels, c'est toujours la même façon de faire.*

Elle-même se transforme, malgré sa volonté ; elle se rend très bien compte qu'un jour ses robes sont moitié trop courtes ; un autre jour, elle fera 20 chansons, alors que le lendemain, elle sera incapable de dire un seul mot sensé.

En 1924, elle a l'impression d'être violée 100 fois par jour. On lui fait dire : « Vache... putain... »

Mme B..., dès avant guerre, avait des colères folles ; elle tenta de se suicider avec ses deux enfants.

En 1915, elle délaisse son ménage, qui est un véritable capharnaüm (d'après sa sœur).

A l'Asile, excitation par intervalles, indifférence. A certains moments (août 1924), anxiété, Mme B... a peur de tout le monde, hallucinations hypnagogiques et cauchemars, voix qui l'appellent : « la grosse ». Propos incohérents, fabulation absurde : elle va en avion ; la viande qu'on mange a pu être prise sur elle comme greffe. Elle ne sait pas de qui elle est née, de la création depuis elle a vécu, sans le savoir, dans le sommeil (novembre 1924). Loquacité simple, sans volubilité, l'incohérence s'accentue (déc. 1925).

Mme B... ne manque pas de dire que les prétendus sosies de son mari n'avaient pas avec celui-ci de ressemblance physique complète ; il lui fallait de la complaisance pour affirmer l'identité de ces personnages ! Ils ne lui fournissaient qu'une *ressemblance fonction-*

nelle, celle d'être aussi des hommes, elle avait avec eux les rapports sexuels que réclamait son érotisme obsédant. Dans l'effondrement de sa personnalité, le « pilote » génital plus solide que les autres, centralisait seul, les analogies.

Chez elle encore, les sosies du mari ne se rencontrèrent pas avec lui, ils ne coexistèrent jamais sous les yeux de la malade : celle-ci précise bien que M. Des... et son interne Du... ne se trouvèrent jamais ensemble dans le service devant elle, c'est pourquoi elle fit de ces deux hommes une seule et même individualité.

**

L'observation suivante concerne une femme de 34 ans présentant un syndrome d'influence avec hallucinations multiples, idées délirantes diffuses de persécution et de jalousie, affaiblissement intellectuel.

Mme Pas... (service de M. Capgras).

Démence paranoïde

La maladie débute en 1920, par un épisode onirique avec hallucinations impératives, qui nécessite un internement de 8 mois.

Mme Pas..., qui, d'après le mari, n'a jamais été affectueuse, demeure jalouse, méfiante, inquiète au sujet de sa santé. En 1924, à l'occasion d'une fausse couche, elle se sent prise par l'influence du médecin qui la visite. Elle se croit « soumise aux pratiques de sorcellerie d'un certain nombre de Lorrains, qui agissent sur elle à l'aide de fluides et lui procurent des sensations internes désagréables ». Elle accuse son mari de la tromper : « il la délaisse physiquement ». Des persécuteurs font mourir sa mère, elle porte plainte contre eux, à la Préfecture. Elle est de nouveau internée le 16 juillet 1927, dans un état de « dépression psychique, avec syndrome d'influence ». (Dr Montassut).

Depuis son arrivée à Maison-Blanche, elle demeure en butte à toutes ces persécutions. Le plus souvent préoccupée, inquiète, attentive aux propos des autres malades, elle devient par instants violente, impulsive, frappe une infirmière, une compagne, brise des vitres, déchire du linge. Elle est incapable de rester aux ateliers plus de 10 jours. Elle

228 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

écrit des lettres décousues, quelquefois incohérentes, avec des phrases mystérieuses, en sautant des mots.

L'automatisme mental constitue la note dominante : Mme Pas... reçoit en pensée l'ordre d'aller chez un médecin ; en même temps, « elle était commandée de dire qu'elle ne souffrait pas, elle était comme inconsciente, elle n'était pas maîtresse d'elle-même ».

Elle reparle souvent de *l'emprise*, de *l'influence* de ce médecin. Un Lorrain transmet ses pensées, voit et commente ses actes, il connaît toute sa vie. L'entourage est sujet aux mêmes pratiques. Mme Pas... craint qu'on envoûte son enfant. C'est *l'influence* d'une voisine qui a détourné son mari. Elle-même a été cause de la mort d'un nommé Muller dans un camp de concentration.

Actuellement, elle continue à « être dépossédée, elle ne s'appartient pas du tout ».

Les hallucinations sont multiples : la cénesthésie fait sentir à Mme P... un bouillonnement de son corps, des coups dans le dos, un rétrécissement de ses omoplates, toutes impressions extrêmement pénibles. Des produits chimiques se trouvent dans sa bouche, en dehors des repas. Elle sent une odeur d'acide carbonique.

Elle entend des injures, des voix qui la commandent ; les bouchers de La Villette lui disent des horreurs.

Mme P... interprète les conversations entendues : c'est d'elle que parlent les autres malades, tout lui semble suspect. Enfin, le délire actuel fournit l'explication rétrospective de tout le passé, le délire qui résulte de ces troubles est fait d'idées de persécution et de jalouse. Une voisine, des Lorrains, des Allemands, et surtout, ces derniers temps, un certain M. Charlet, s'emparent d'elle. M. Charlet a pour « collaboratrice » une malade, Mme L... ; « ces gens veulent à toute fin m'imposer à aller à eux pour leur besogne... ils m'ont entrepris en brutes, avec insultes, et depuis des mois me font leur sujet complet, leur pouvoir est au mieux ». (12 juin 1928). Peu après, Mme P... demande au Docteur de « bien vouloir prouver son pouvoir cette semaine ».

Les personnes qui lui ressemblent, même de très loin, ont sur Mme P... une action particulière, elle les appelle *ses sosies*. Elle en connaît six : le premier est un *homme* : « il y a un homme qui représente ma tête, il me ressemble, il vient au parloir, il a jugé nécessaire d'opérer de cette façon ». Il a une fille naturelle,

malade du service, Lej., avec qui Mme P... a souvent des « prises de bec ». Parmi les autres « une tête que j'ai vue dans le journal, dans le tennis, avec Suzanne Lenglen ». Mais surtout « la sosie Laf... celle-là, j'en ai par-dessus la tête, elle est spéciale, elle joue sur mon cœur, elle a dit que depuis des années elle agissait sur mon cœur, elle est jalouse. De chez moi, j'ai envoyé ma photographie à son ami, c'est alors qu'elle a *fait sosie* avec moi.

Tous ces sosies exercent sur Mme P..., du fait de leur ressemblance, pourtant bien imprécise, une influence : « elles se sont rapprochées de moi dans la physionomie ; de ce moment-là elles ont de l'influence sur moi, je suis dépossédée ».

« Tous ces sosies-là, sont malades, je suis malade après. »

Ce sont des « *transfigurations continues* ».

Les psychologues amateurs de retour à la mentalité prélogique ont beau jeu pour soutenir ici leur théorie. La malade elle-même emploie tout le vocabulaire des primitifs. On ne saurait parler entre elle et ses sosies de ressemblance quelconque au sens vulgaire du mot, l'illusion est ici nettement basée sur une idée de participation ; elle relève, suivant la terminologie de Frazer, de magie sympathique.

Un homme, un portrait vu dans les journaux, plusieurs malades qui n'ont pas avec elle la moindre analogie physique sont devenues pour Mme P... des sosies par une action mystérieuse qui nous échappe. Mais, la sosie Laf..., elle, détient la photographie de la malade, ce qui lui confère sur celle-ci un pouvoir particulier, Mme P..., du moins, le croit, tout comme les Wa.-Teitas de l'Afrique orientale, comme les Araucaniens du Chili.

Les divers sosies coexistent avec Mme P... dans la même salle d'agités.



Comme nous l'avons dit, il nous semble possible de rapprocher dans la même classe de phénomènes le cas

230 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

décrit par Courbon et Fail (7) sous le nom de syndrome « d'illusion de Frégoli ».

Il s'agissait d'une schizophrène de 27 ans, domestique, ne pouvant rester en place, insouciante de la vie matérielle, dégoûtée par la grossièreté « des masses ».

Elle devient la victime d'ennemis acharnés contre elle, notamment d'actrices, Sarah Bernhardt et Robine s'attachent à ses pas, s'incarnent dans les personnes qui l'entourent ou qu'elle rencontre pour prendre sa pensée, l'empêcher d'agir, la forcer à exécuter certains gestes, notamment à se masturber.

Robine entre dans la peau des passants, elle y fait entrer d'autres personnes. Elle a le pouvoir de Frégoli, mais elle peut aussi « frégolifier » les autres. La malade avait été internée pour avoir roué de coups, dans la rue, une femme dont elle recevait « un influx exaspérant ». Cette femme, c'était encore Robine.

Dans le cas de MM. Courbon et Fail, la persécutrice de la malade, l'actrice Robine, détient donc le pouvoir de créer des « sosies par participation », tandis que Mme Pas... croyait à l'existence spontanée de sosies de sa propre personne.

Et les auteurs symbolisant sous le nom de Frégoli les sosies positifs, les opposent aux sosies jusque-là décrits, les sosies négatifs.

« Les sosies sont des êtres différents, mais que l'on peut confondre à cause de la perfection de leurs ressemblances. Ce sont des personnalités distinctes dont une communauté d'apparences estompe les différences. Frégoli est un seul être, mais que l'on ne peut pas reconnaître à cause de la perfection de ses dissemblances. C'est une même personnalité que diversifie une multitude d'apparences. »

MM. Courbon et Fail, ainsi que M. de Clérambault dans la discussion de ce cas, insistent d'ailleurs sur le point capital : le *degré avancé de dissociation mentale* que traduit le syndrome des sosies positifs. Il faut une éclipse complète du sens critique en même temps qu'un détachement profond de la réalité extérieure, pour négliger à un tel point les données sensorielles les

plus évidentes et porter ainsi suivant le mot de M. de Clérambault « des affirmations antinomiques, c'est-à-dire absurdes pour nous ».

**

VALEUR SÉMIOLOGIQUE DU SYNDROME DES SOSIES

Nous avons pris nos exemples chez les malades qui présentent de la façon la plus nette, ce trouble délirant de l'identification des individus qui constitue le syndrome des sosies. On le rencontre au cours de la psychose hallucinatoire et de la démence paranoïde. Il y est relativement fixe, ses épisodes durent des années, dans des conditions que nous aurons à déterminer.

Mais son domaine est beaucoup plus étendu, l'illusion des sosies se retrouve au cours de tous les états où la synthèse personnelle, où l'auto-conduction sont profondément atteintes sous l'influence de troubles cénesthésiques marqués et de fortes conceptions délirantes ; c'est-à-dire qu'on la rencontre aussi dans les états confusionnels et mélancoliques, dans les formes hypochondriaques de la paralysie générale et même à titre d'épisodes plus ou moins fugaces au cours d'états d'excitation maniaque.

Son pronostic est alors variable comme celui des états dans lesquels il se trouve inséré ; et chez les mélancoliques, les maniaques, les confus par exemple, on assiste à des rectifications qui accompagnent la guérison de l'accès.

Quelques particularités marquent le début, l'évolution et la disparition du syndrome.

PHASE EXPLICATIVE AU DÉBUT, FORMES EXPLICATIVES DE L'ILLUSION DES SOSIES

Certains malades, hallucinés et surtout interprateurs allèguent l'existence de sosies comme une explication commode, plausible des troubles qu'ils ressentent et notamment des injures qu'on leur adresse. La femme présentée par Dupouy et Montassut (4) avait remarqué une modification paradoxale de la conduite de ses amis

232 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

envers elle : autrefois bienveillants et aimables, ils étaient devenus indifférents, hautains et méprisants ; on l'injurie, on la menace. Aussi suppose-t-elle qu'il s'agit de sosies de ses voisins, d'anciens clients. C'est à un sosie d'elle-même que doivent s'adresser les injures. « Il doit y avoir des femmes de mauvaise vie qui me suivent et que l'on prend pour moi. »

M. Capgras remarqua, lors de la communication à la Société médico-psychologique que la malade acceptait la discussion des sosies, elle ne les avait jamais vus, il s'agissait non d'une véritable illusion, mais d'une hypothèse capable d'expliquer le changement des dispositions de l'entourage envers elle.

Il en était de même pour une psychose hallucinatoire chronique que nous avons observée dans le service de M. Capgras, Mlle Gel... Elle ne concrétisait que bien vaguement ses sosies ; c'étaient « de méchantes femmes qui lui ressemblent, sans lui ressembler même, elles se donnent avec son nom pour lui mettre sur le dos ce qu'elles ont fait ». Il s'agissait là d'une simple supposition, reposant surtout sur l'impossibilité d'expliquer autrement les persécutions physiques et morales dont elle était sans cesse victime.

Enfin, cette phase explicative pure peut avec le développement du délire, conformément aux vues de Magnan, céder la place à une période d'évidence complète : après n'avoir été qu'une explication plausible, le *thème* des sosies prend les caractères de l'illusion vérifiable.

Mme Br..., malade du service de M. Capgras, atteinte depuis 1919 d'un délire hallucinatoire systématisé présente des troubles multiples de l'identification des personnes, de fausses reconnaissances, une illusion systématisée des sosies. En 1919, *elle a idée* qu'on la remplace. *Elle sait* qu'une personne l'a remplacée deux fois. Elle remarque que les passants se succèdent et se ressemblent, les sosies défilent. Mais elle rencontre celui qui sera son principal persécuteur, le Dr Gr... elle l'avait connu pendant la guerre à Vassy ; un sosie de ce docteur n'aurait pas la même façon de marcher qu'e

lui ; elle le retrouve demeurant en face de chez elle, rue Nollet ; une fois, au Père Lachaise, elle le revoit encore devant son caveau de famille. Actuellement Mme Br... affirme l'identité des trois personnes, disant : « Je suis physionomiste. »

L'illusion des sosies, d'abord proposée comme procédé d'explication fut donc ici transitoire, elle aboutit à une assimilation totale des personnages rencontrés.

Chez l'interprétateur dont Sérieux et Capgras relatent l'histoire dans leur livre sur les *Folies Raisonnantes* (Appendice, obs. II), le thème des Sosies est allégué par le malade comme un procédé de mystification que la police tenté, mais bien en vain, d'employer à son égard !... De sa maison « les agents privés faisaient sortir sur un signe de jeunes personnes ressemblant à celles de la maison habillées de même, mêmes tailles et mêmes teints. Ces sosies me montraient l'indifférence et le mépris le plus absolu. Je ne m'y trompais pas... » En effet, le malade n'emploie pas ici le mot de sosie pour dire que la ressemblance est complète, ni qu'elle pourrait l'être. On voudrait qu'elle le fût, mais l'intéressé n'en est pas dupe. Il ne s'agit pas ici d'illusion des sosies, mais bien plutôt d'une idée délirante de mystification.

EVOLUTION DE L'ILLUSION DES SOSIES

L'évolution du syndrome des sosies est, on le conçoit aisément, liée à celle de l'affection mentale qui lui sert de base.

1^o Dans les maladies chroniques, elle se montre en premier lieu fonction du *niveau intellectuel*. Lorsque celui-ci s'effondre dans la démence, les thèmes s'apauvrisse, l'expression en devient rare, stéréotypée, dépourvue de signification.

Mlle Per... (observ. de MM. Capgras et Carrette) conserva son intelligence au cours de la longue période de négativisme schizophrénique de 1915 à 1922.

Elle cachait l'élaboration d'un délire mal systématisé d'ailleurs, qui, éclatant en 1924, révéla son « complexe d'Edipe ». L'illusion des sosies se limita au père, à la

234 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

mère, à un frère. Actuellement (1929), Mlle Per., n'en donne plus qu'un récit indifférent, monotone, stéréotypé :

« Il y a des bruns avec les yeux noirs, il y a des blonds avec les yeux bleus. Alors, c'est facile d'avoir des sosies. Mon père est grand, il y a les yeux noirs. Mon frère est petit, il a les yeux bleus. Il y en a, sur la terre, qui sont grands avec les yeux noirs, qui sont petits avec les yeux bleus. »

Au contraire, les délirants systématisés dont l'intelligence est conservée étendant à l'infini leur thème fantastique. Chez Mme de Rio Branco, la première malade de M. Capgras, qui évolue depuis vingt-cinq ans, l'illusion des sosies s'est étendue du mari à tous les proches, aux médecins, aux infirmières, aux fonctionnaires de la Préfecture. Les substitutions de personnes se comptent par milliers : « C'est incroyable la comédie qui se joue avec les sosies. Le défilé n'arrête pas, les sosies succèdent aux sosies. »

On aboutit à une théorie universelle qui frise l'énormité. Pour Mme Br... « on va dans le monde par catégories de gens qui se ressemblent ». Mme S... conclut que « *personne n'est personne*, tant le trafic est vendu partout. Ceux à qui on le vend tuent ensuite ceux à qui ils l'ont acheté ».

2° Dans les affections qui évoluent vers la guérison, confusion mentale, accès maniaques et mélancoliques, on assiste à la *rectification* de l'illusion des sosies.

Nous venons d'en observer 3 cas avec M. Beaudouin.

a) Mme Ha... Valérie, 41 ans, était atteinte depuis le mois de septembre 1928, d'un accès de *mélancolie délirante* quelque peu spécial.

Elle présentait un état de dépression psychique à prédominance affective, un sentiment d'infériorité avec crainte de maladies graves, un sentiment d'influence né de celui d'étrangeté et de changement, des idées de persécution de teinte mélancolique sur base interprétative ; elle s'attendait à une exécution prochaine. Cet accès avait été précédé, 18 ans auparavant, d'un épisode dépressif.

Déjà à l'Hôpital de la Pitié en septembre 1928,

Mme Ha... ne reconnaît pas sa mère, elle croit voir une femme « maquillée », brunie, pour ressembler à sa mère.

Cette femme avait enlevé son enfant qui était en nourrice pour s'approprier les « mois » de pension. Elle hésitait aussi à identifier son mari, recherchait une blessure de guerre dont il porte la cicatrice à la main droite, elle lui demandait de se dévêtir pour constater la présence d'une tache qu'il a dans le dos...

A Maison-Blanche, la malade « se trouve changée, ce n'est pas elle ». Dans une phase mystique (décembre 1928) où Dieu guide ses pensées, elle croit « avoir pris la place d'une qui a dû déjà être martyrisée, elle est reincarnée en cette personne-là. N'importe qui peut la reconnaître ; il n'y a qu'elle qui sait... Dieu lui a donné la figure d'une Sainte... »

Elle sort guérie le 18 avril 1929, rectifiant ses illusions ; elle s'était figurée qu'on avait tué son mari ; que sa mère avait tenu en présence de son mari des propos dont elle la croyait incapable (la mère aurait dit : ne te marie pas avec un Boche) Elle voyait dans le ciel, des formes, des chiens, des anges ; elle rapportait à l'entourage des pensées injurieuses ; du ciel venait au contraire des consolations.

Mme Ha... reconnaît s'être fait des idées et avoir été « malade de la tête ».

b) Chez une *excitée maniaque*, Mme Etla M..., 31 ans, l'illusion des sosies apparut en mars 1929, à la faveur d'un *appoint confusionnel*. La malade n'identifiait plus son mari « ce n'était pas un mari, il était déguisé. Sa figure était presque pareille, mais ce n'était pas sa mémoire... » Quatre mois plus tard le 21 juin 1929, Mme M... sortait guérie, elle avouait le caractère maladif de ses erreurs.

c) Mme Sav..., 38 ans, présente, au cours d'une *bouffée délirante polymorphe*, ayant débuté en juillet 1928, un profond sentiment d'étrangeté qui l'amène à un vrai délire métabolique. A l'automatisme mental se joignent des troubles intenses de la sensibilité générale ; Mme Sav... croit qu'au moyen de l'électricité on

236 UN TROUBLE DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES

lui a fait passer le cœur de gauche à droite, que son ventre est devenu petit. On lui a injecté dans les veines du sang de bœuf et de cochon. On l'a fait passer pour morte. On lui donne la maladie du sommeil. Se regardant dans la glace, elle ne se reconnaît plus. Il lui semble qu'on transforme son ami qui vient la voir, elle se demande si c'est bien lui ; elle le trouve très grand et très gros, c'est pourtant la même physionomie. Elle déclare ne pas comprendre du tout, il y a tant de personnes qui s'habillent la même chose.

La guérison arrivant en janvier 1929, Mme Sav... trouve elle-même extraordinaire ce qu'on peut voir de choses quand on est malade.

Le syndrome des sosies est tout voisin de celui des méconnaissances systématiques, dont, à vrai dire, il constitue un cas particulier. Nous ne pouvons qu'indiquer ici cette parenté psychologique; il arrive que chez un même malade, l'un et l'autre coexistent.

Le syndrome des sosies, qu'il se présente sous sa forme positive ou négative, ne comporte pas en lui-même d'indication pronostique spéciale. Sa gravité est celle de l'état qui lui sert de base. Mais on peut le considérer comme la traduction d'une profonde atteinte de la personnalité consciente ; il repose en général sur de gros troubles de la cénesthésie, base primordiale de l'affectivité ; le sentiment d'étrangeté, de changement physique et moral semble si paradoxal au malade qu'il ne peut s'empêcher de le reporter sur l'entourage ou de l'attribuer à quelque action insolite de l'entourage sur lui.

Le syndrome des sosies est une manifestation pittoresque du caractère xénopathique, suivant l'expression de Guiraud, que revêtent de façon plus ou moins immédiates les altérations profondes de la conscience. Il suit le sort de celles-ci, sombre dans la démence, se développe de façon élective dans les délires systématisés chroniques ; il n'a qu'une existence transitoire au cours des états aigus.

BIBLIOGRAPHIE

1. CAPGRAS et REBOUL-LACHAUX. — Illusion des sosies dans un délire systématisé chronique. (*Bull. Société Clinique de médecine mentale*, janvier 1923, 1 obs.).
2. HALBERSTADT. — Syndrome d'illusion des sosies. (*Journal de psychologie*, octobre 1923, 1 obs.).
3. CAPGRAS et CARRETTE. — Illusion des sosies et complexe d'œdipe. (*Annales médico-psychologiques*, juin 1924, 1 obs.).
4. DUPOUY et MONTASSUT. — Un cas de « syndrome des sosies » chez une délirante hallucinée, par interprétation des troubles psychosensoriels. (*Société médico-psychologique*, 27 octobre 1924, 1 obs.).
5. CAPGRAS, LUCCHINI et SCHIFF. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. (*Société clinique de médecine mentale*, décembre 1924, 1 obs.).
6. BOUVIER. — Le syndrome « illusion des sosies », thèse de Paris 1926, 5 obs. nouvelles).
7. COURBON et FAIL. — Syndrome d'illusion de Fregoli et schizophrénie. (*Société clinique de médecine mentale*, 11 juillet 1927, 1 obs.).
8. LÉVY-VALENSI. — L'illusion des sosies. Leçon faite à la Clinique de M. le Professeur Claude, le 6 mars 1929 (dans la *Gazette des Hôpitaux*, du 10 juillet 1929).

UN CAS D'OBSESSIONS CHEZ UN MÉDECIN

PENDANT LA GUERRE

par le Dr A. RODIET
Médecin de l'Asile de Ville-Evrard

L'obsession est, plutôt qu'un syndrome, un mode réactionnel morbide à des causes très diverses, caractérisé par l'apparition involontaire et anxiuse, dans la conscience, de sentiments ou de pensées parasites, qui tendent à s'imposer à l'esprit, évoluant à côté de la personnalité, malgré tous ses efforts pour les repousser, et créant ainsi une variété de dissociation psychique dont le dernier terme est le dédoublement conscient de la personnalité.

Selon le caractère et le tempérament du sujet, c'est l'élément affectif, ou intellectuel, ou moteur, qui prédomine chez l'obsédé : la timidité dégénère en phobie, le doute en scrupule, l'apathie en aboulié, l'excitation habituelle en impulsion.

C'est dans l'hérédité, l'éducation, le milieu habituel du malade, ses habitudes et son genre de vie, qu'il faut rechercher la cause, le mécanisme des obsessions et des réactions impulsives qu'elles déterminent. Leurs impulsions psycho-motrices sont caractérisées par la tendance irrésistible à l'accomplissement d'un acte. De cette tendance et de ses conséquences, l'observation suivante, recueillie pendant la guerre, est démonstrative :

OBSERVATION. — K... René, 36 ans, médecin, mobilisé aide-major d'une ambulance radiologique, entre au Val-de-Grâce le 8 avril 1918.

Il est évacué de la zone des armées depuis le 2 février 1918, pour psychasthénie. Il a toujours été très impres-

sionnable et émotif. Elève très brillant au collège, il a été refusé la première fois au baccalauréat, et, depuis cette époque, il a présenté des phénomènes de trac et d'angoisse émotive à chacun de ses examens, avec polyurie. Il n'a préparé aucun concours pour s'éviter des périodes d'angoisse.

Pendant sa jeunesse, il avait des obsessions nosophobiques 1^o de l'appendicite. Il se fit veiller pendant trois jours par des religieuses et a passé son premier examen de doctorat, étant couché ; 2^o de la leucémie et 3^o des névralgies faciales.

Depuis son mariage, il a des obsessions différentes. Il ne peut rester seul sans sa femme, et éprouve une angoisse extrême, en rentrant chez lui, à l'idée que sa femme n'est pas là. Il s'arrange toujours pour que sa femme soit rentrée avant lui.

Méticuleux, scrupuleux à l'excès, il vérifiait jusqu'à trois fois par nuit si les robinets du gaz étaient fermés. S'il prenait le trottoir gauche dans la rue, c'est que sa femme n'était pas rentrée à la maison. Il essayait de lutter, de réagir, mais, pour dissiper son angoisse, il était obligé de prendre le trottoir droit.

Mobilisé au début de la guerre dans l'infanterie, il y est resté six mois. Après ce temps, apparaît dans son esprit l'obsession du courrier. Une heure environ avant l'arrivée des lettres, l'angoisse commence ; il est incapable de travail, il est inquiet, anxieux, jusqu'au moment où le vaguemestre apporte sa lettre. Trois-quarts d'heure avant, il envoyait un infirmier au-devant du vaguemestre et téléphonait au bureau du secteur. Dès qu'il avait sa lettre, en général le soir, il était transformé et passait une bonne nuit, mais les mêmes phénomènes se reproduisaient le lendemain. Il a demandé à être relevé, à cause de son état maladif, et espérait rentrer à l'intérieur, mais il a été affecté à une ambulance du front, service d'éclopés. Il a essayé de ne pas donner son adresse à sa femme, pour ne pas avoir de lettres, mais, après quelques jours de lutte, il a donné son adresse, et les mêmes phénomènes d'angoisse se reproduisent. Il est resté, une fois, pendant

trois jours sans recevoir de lettre, et il a passé ces trois jours au lit, dans une anxiété insurmontable. Les troubles s'accusent d'autant plus que son service est peu chargé. Le médecin-chef de l'ambulance, après six mois d'observation, le classe dans « les officiers fatigués », et il est affecté à un hôpital de Châlons. Il fait venir sa femme. Les obsessions reparaissent alors en ce qui concerne les absences de sa femme. Désigné pour suivre un cours de radiologie à Paris, il vient y passer un mois et part ensuite avec un groupe complémentaire de chirurgie à Ste-Menehould. Il essaie encore, pendant huit jours, de ne pas donner son adresse, et part même brusquement, avant l'heure du courrier, pour éviter l'angoisse, puis succombe, et éprouve les mêmes troubles.

Atteint de pleurésie, il ne demande pas à être évacué par scrupule, et il est évacué par ordre. Il est affecté à Marseille, où il reste 5 mois, jusqu'au jour où il est désigné pour un remplacement à Châlons. Là, les obsessions redoublent d'intensité et il demande à sa femme de lui écrire deux fois par jour, et il ne pense plus qu'à recevoir ces lettres. Telle rue plutôt que telle autre rue, tel trottoir plutôt que tel autre, sans quoi il n'aurait pas de lettre. Il allait régulièrement à la messe, et faisait des promesses, en donnant de l'argent à St-Antoine. Il fait trois fugues, par angoisse, à Paris, sans permission, ne passant qu'une demi-heure chez lui et reprenant un train très matinal. Après avoir éprouvé dans la rue une sorte de vertige émotif, il est hospitalisé à Châlons, puis envoyé en convalescence à Paris (avril 1918), et c'est pendant cette convalescence qu'il vient consulter au Val-de-Grâce.

Il en sort le 3 juin 1918, renvoyé dans ses foyers, en congé sans soldé, avec le diagnostic :

« Psychasthénie constitutionnelle avec dépression
« anxieuse chronique. Obsessions : phobies et désor-
« dres continus d'hyperémotivité morbide. Inapte à
« tout service. *A proposer pour radiation des cadres.* »

Par cette observation, on se rend compte de l'intensité des angoisses qui assiègent l'obsédé, et des troubles

qu'elles apportent dans sa vie et celle de son entourage. Sans doute, ces malades peuvent, presque toujours, poursuivre leurs occupations, et, en apparence, ils ne sont pas des aliénés. La plupart peuvent être soignés dans leurs familles. Nombreux sont les obsédés qui acceptent de suivre régulièrement les consultations de l'hôpital Henri-Rousselle ou de se soumettre aux conseils de leur médecin et d'accepter la surveillance de leur famille.

Mais il existe des impulsions obsédantes à la kleptomanie, à la pyromanie, aux inversions sexuelles et même au suicide et au meurtre. Tous les auteurs ont cité des cas de ces obsessions impulsives qui ont abouti à des vols, des incendies, des homicides ou des attentats à la pudeur. Il importe donc que l'impulsif obsédé soit constamment surveillé et de soit jamais abandonné à lui-même. C'est à cette condition seulement, s'il reste intimidable et docile aux conseils de son entourage et du médecin, qu'il évitera l'internement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 FÉVRIER 1930

Présidence de M. CAPGRAS

MM. P. Abély, X. Abély, Bonhomme, Brousseau, Codet, Collet, Demay, Lauzier, Porcher, Targowla, Vignaud, 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 : 1^e une lettre de M. le D^r Démay, médecin en chef à l'Asile de Maison-Blanche, qui pose sa candidature à la place de membre titulaire, devenue vacante par suite de l'admission à l'honorariat de M. le D^r Legrain.

La Société nomme une commission composée de MM. Pactet, Marchand, Leroy, pour examiner cette candidature

2^e Une lettre de M. le D^r Sérieux, qui demande à être nommé membre honoraire (adopté). Une place de membre titulaire est déclarée vacante. La commission chargée d'examiner les candidatures sera nommée à la séance de mars.

Syndrome démentiel présénile avec atteinte du liquide céphalo-rachidien

par M. P. GUIRAUD et Mlle Yv. LE CANNU

Nous présentons deux observations d'un syndrome démentiel présénile particulier s'accompagnant d'atteinte discrète du liquide céphalo-rachidien.

V... François a eu, en 1919, à 45 ans, une congestion cérébrale, avec étourdissements et perte de connaissance. En 1926, survient un ictus du même genre, plus prolongé. Depuis ce moment, la famille constate l'apparition progressive de troubles mentaux ; V... devient nerveux, irritable ; s'intéresse moins à ses affaires. L'aggravation de ces troubles mentaux et une certaine agitation nécessitent son placement à l'asile. Le médecin signale, dans le certificat d'entrée, qu'il chante continuellement, se met en colère, marche sans arrêt, sans savoir où il va, qu'il est incapable de travailler, qu'il reconnaît difficilement les gens.

A son entrée, on constate une désorientation très nette dans le temps et dans l'espace. V... nous déclare qu'il est arrivé depuis 3 ou 4 jours, qu'il est dans une école, cependant, il reconnaît bien le médecin.

« Je suis venu ici, dit-il, pour me promener ; j'ai envie d'aller à la maison manger et soigner mon cheval. »

La mémoire de fixation est très atteinte. Les jours suivants, V... ne reconnaît personne à la visite. Il déforme et dramatise le souvenir d'une ponction lombaire subie la veille.

« Ils sont venus, ils m'ont fait des pansements dans le dos, des piqûres ; on m'a enfoncé des épingle dans le dos et dans les bras ; il est un peu fou, celui-là, nom de Dieu ; qu'est-ce qu'ils ont à m'enfoncer des épingle dans le dos et dans le bras, ces fous-là. Je l'ai engueulé..., etc. »

Cette récrimination continue pendant un quart d'heure.

La mémoire des faits anciens est également très atteinte, mais un peu moins que la mémoire de fixation.

A l'amnésie et à la désorientation s'ajoute la persévération des états affectifs de la pensée et du vocabulaire.

L'état du malade persiste, sans grandes modifications. Cependant, l'irritabilité et les récriminations disparaissent ou s'atténuent, pour faire place à l'amabilité, l'euphorie, la subexcitation. V... chante plusieurs fois par jour la même chanson : « Ah qu'il était beau mon village ».

De sa vie passée, le malade n'a conservé que trois souvenirs, ou apparences de souvenirs, qui sont répétés indéfiniment, toujours dans les mêmes termes et à de nombreuses reprises.

1^e L'irritation contre le suicide de son père (événement réel).

« Il est parti de chez nous pour revenir au Val de Mercy, et il s'est pendu, il s'est pendu lui-même ; le maire de Mercy me l'a écrit, cette vieille baraque-là, cet idiot, ce vieux c.. là. »

2^e L'affaire de la mère Duchêne. Mme Duchêne est la propriétaire de V... et lui a dit un jour : « Vous vendez vos légumes trop cher », et chaque jour, à plusieurs reprises, V... raconte comment il lui a répondu :

« C'est vous qui louez vos terrains trop cher. Ce que je l'ai engueulée. Il faudrait vous foute tout par la gueule pour rien », etc.

3^e-L'épisode de Strasbourg :

« Quand j'étais à la guerre, devant Strasbourg, j'ai tué 200 boches à coups de fusil. Ces bandits de boches ! J'étais caché derrière un arbre, j'avais 200 cartouches dans mes cartouchières. Je les ai tous zigouillés, un coup de fusil dans la tête de chacun. »

Il s'agit évidemment de fabulation.

Les préoccupations de V... sont localisées, pour le présent, sur « la soupe », et pour l'avenir immédiat, c'est-à-dire demain, sur l'arrachage de ses pommes de terre, leur transport et leur vente aux Halles.

« Ici, on nous fait toujours manger ; on nous dit : à la soupe, à la soupe, tout le monde à table, je ne suis pas malade, moi. »

Où êtes-vous, ici ?

« Je suis bien ici, c'est une maison pour manger : ils vont vous dire : à la soupe, tout le monde à la soupe, je ne suis pas malade, moi. »

Est-ce une caserne ici ?

« Ce n'est pas une caserne ; il n'y a pas de soldats, il n'y a pas de soldats. Je vais aller manger la soupe, ils vont dire : tout le monde à la soupe, tout le monde à la soupe... ». Oui, oui, on va manger la soupe, oui, j'irai à Epinay demain. On va arracher les pommes de terre avec un cheval et la mécanique, ma femme et sa mère. Je les apporterai aux Halles. Je les vends 100 fr. les 100 kilogs. »

Les cinq éléments que nous venons de décrire constituent toute la vie psychique de V...

Il s'occupe à balayer la cour et les salles, ne reconnaît pas avec certitude les infirmiers et les malades qui vivent quotidiennement avec lui. La seule personne dont il ait deviné la fonction est le médecin, qu'il confond avec le médecin de son pays, M. Thibout. L'interne devient Mme Thibout.

Certaines fonctions psychiques sont cependant bien conservées. On est surpris de voir V... faire des additions assez compliquées sans se tromper sur les retenues, calculer le prix de 650 kilogs de pommes de terre, à 120 fr. les 100 kilogs, etc.

L'épreuve des phrases absurdes donne de bons résultats.

V... rectifie les affirmations contradictoires qu'on énonce devant lui. « *Mais non, la neige n'est pas noire, elle est blanche, les feuilles des arbres sont vertes, les coups de bâton ne sont pas bons à manger* », etc.

Il peut se rendre compte assez exactement de l'âge des gens qui l'entourent.

Les représentations visuelles et le dessin sont bien conservés. V.. dessine une pipe, un poisson, un carré, un rond. De même, l'orientation dans l'espace immédiat parcouru chaque jour est parfaite. Le malade, pour nous montrer sa place au dortoir, nous guide dans l'escalier, traverse plusieurs portes et désigne exactement son lit ; il reconnaît par la fenêtre la cour qu'il a l'habitude de balayer.

Nous ne découvrons aucun trouble agnosique et apraxique. Les objets usuels sont reconnus et nommés facilement. Leur utilisation est normale. Signalons cependant que V..., qui n'éprouve aucune difficulté à se servir des objets, mime difficilement, sans objets, les actes de la vie courante (faire une cigarette, pêcher à la ligne). Il semble ne pas comprendre ce qu'on lui demande, plutôt qu'être incapable de l'exécuter.

L'examen physique révèle des anomalies importantes : Les pupilles sont légèrement inégales, la gauche plus grande que la droite. Elles se contractent à la lumière, mais se dilatent incomplètement à l'obscurité. Elles réagissent à l'accommodation.

Les réflexes rotuliens sont vifs, le réflexe achilléen gauche est très diminué.

Pas de signes d'atteinte du faisceau pyramidal.

Pas de troubles de la sensibilité.

Légère atrophie linguale prédominant à droite.

Le Wassermann et le Meinicke du sérum sont négatifs.

Le liquide C.-R. donne les résultats suivants : Alb., 0,50 ; Pandy, + ; Leucocytes, 1 ; B.-W. négatif ; Meinicke négatif ; Benjoin 00000.02222.22100.

Ajoutons que la femme du malade a fait trois fausses couches.

Une atteinte organique des centres nerveux est certaine. Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une syphilis torpide des centres nerveux, surtout à cause des fausses couches de la femme et de l'inégalité pupillaire du malade, mais, contrairement aux tendances de beaucoup d'auteurs contemporains, nous estimons que la preuve absolue n'est pas apportée. Beaucoup d'agents pathogènes (virus du type de l'encéphalite et de la sclérose en plaques, etc.), étant également

capables d'atteindre les centres nerveux et le liquide céphalo-rachidien.

En résumé, les symptômes essentiels sur lesquels nous désirons attirer l'attention sont :

1^o l'amnésie rétro et antérograde, qui réduit au minimum l'activité psychique ;

2^o le rétrécissement de l'espace et du temps, qui fait vivre le malade dans un perpétuel présent ;

3^o l'euphorie, avec défaut d'étonnement ;

4^o la persévération des états affectifs, des idées et des formules verbales.

D... Victor, âgé de 61 ans, a présenté des troubles mentaux à 58 ans. Sa famille signale d'abord des anomalies, du caractère : il se mettait en colère, se désintéressait de ses affaires ; il buvait avec excès, chose qui, jusqu'auparavant, ne lui était jamais arrivée. La mémoire fut rapidement atteinte. D... partait pour faire une commission et revenait sans l'avoir faite. Il entrait dans la maison de ses voisins sans jamais penser à en repartir. Il répétait indéfiniment les mêmes histoires.

Le certificat d'entrée à l'Hôpital Henry-Rousselle signale :

Affaiblissement intellectuel global, dysmnésie, désorientation massive dans le temps et dans l'espace, erreurs grossières de calcul, troubles de l'auto-critique et du jugement, inconscience de son état, indifférence à son sort ; période d'excitation psycho-motrice, à type hypomaniaque, avec réactions euphoriques, turbulence, désordre des actes... Réflexes tendineux vifs.

W. et Meinicke négatifs dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : Alb., 0,50 ; Pandy, + ; Weichbrodt, 0 ; W.— ; Benjoin non pratiqué.

L'aspect clinique correspond exactement à ce certificat.

D..., comme le malade précédent, vit dans un présent perpétuel ; il est toujours arrivé à l'Asile depuis hier ou depuis 8 jours, ne reconnaît absolument personne, ignore complètement où il est, ne s'occupe et ne s'intéresse à rien.

Il est aimable, jovial, familier, se trouve très bien portant. Sa pensée est fort improductive. Il ne ressasse que de rares souvenirs de jeunesse et une histoire de chasse au blaireau, qui reçut sans mal 150 coups de fusil. Il donne, comme datant de quelques jours cette anecdote cynégétique, qui a réellement eu lieu il y a 5 ou 6 ans.

Après un mois de séjour, le malade a été repris par sa famille dans le même état.

Ces deux malades entrent évidemment dans la catégorie de syndromes qui comprend la psychose de Korsakoff et la presbyophrénie.

Cependant ni l'un ni l'autre de ces diagnostics ne sont satisfaisants.

Dans les syndromes de Korsakoff ressortissant soit à la syphilis nerveuse, soit à d'autres causes, l'aspect clinique rappelle plus la confusion que la démence. La conscience de l'amnésie et même du déficit mental est bien mieux conservée. Le stock des idées et l'activité psychique sont plus grands ; la fabulation quand elle existe est nette, alors que chez nos malades il ne s'agit que de quelques souvenirs stéréotypés, déformés ou enjolivés. Enfin on ne constate ni les répétitions verbales, ni l'euphorie béate de nos deux malades. Nous avons, dans le même quartier, un sujet atteint de psychose de Korsakoff, et par comparaison nous sommes frappés de la différence clinique.

On a tendance à isoler, surtout en France — alors qu'en Allemagne on les range dans les formes de Korsakoff — un type amnésique de la paralysie générale ou de la syphilis encéphalique (Marchand, Talot, Giscard). Dans ces cas, d'une part les signes physiques et humoraux sont toujours présents, et d'autre part la productivité psychique est plus grande, l'inconscience et l'indifférence moindres, l'aspect démentiel moins profond, l'euphorie et les stéréotypies absentes.

Nos malades, par leur aspect clinique, se rapprocheraient plutôt des presbyophrènes. Cependant, nous constatons d'importantes différences cliniques. Dans la presbyophrénie, le sujet semble mélanger le passé et le présent, ou mieux fait pénétrer le passé dans le présent; il se trompe grossièrement sur son âge et celui des membres de sa famille. Sa productivité psychique est désordonnée et inadaptée mais considérable, le capital liquide des idées reste beaucoup plus grand, la fabulation est variée, oniroïde, orientable par le médecin. On n'y constate ni persévération, ni stéréotypies. Une particularité surtout nous paraît à souligner, c'est la différence de qualité de la désorientation. Tandis que le presbyophrène semble incapable de créer mentale-

ment un espace autour de lui, par déficit de perspective, des représentations kinesthésiques et visuelles, nos malades au contraire peuvent édifier mentalement un espace exact mais très rétréci et localisé exclusivement au champ de leur activité quotidienne ; ils ne se perdent pas dans les salles, dans les escaliers et la cour de leur quartier ; ils n'ont pas l'air d'incertitude et d'égarement des presbyophrènes. De plus la presbyophrénie est une affection plus tardive et ne comporte ni persévération verbale, ni atteinte du liquide céphalo-rachidien.

Nous croyons donc que nous sommes en présence d'un syndrome présénile spécial dont les caractéristiques sont :

- 1° Lésion chronique des centres nerveux révélée par une atteinte discrète du liquide céphalo-rachidien.
- 2° Amnésie profonde.
- 3° Improductivité psychique avec persévération idéatoire et verbale presque palilalique.
- 4° Rétrécissement de l'espace et du temps faisant vivre le malade dans un perpétuel présent.
- 5° Euphorie avec défaut d'étonnement et inconscience de la maladie.

La psychose anxieuse, syndrome encéphalitique

par René TARGOWLA

L'expression « psychose anxieuse » est inhabituelle dans le langage psychiatrique et demande à être expliquée. Au premier abord, il peut sembler assez surprenant d'ériger la « mélancolie anxieuse » en une psychose indépendante, alors que toutes les classifications en font une simple forme de la mélancolie. Un court rappel de l'évolution des idées sur les états mélancoliques permettra de poser correctement le problème.

Esquirol avait démembré l'ancienne mélancolie en lypémanie et monomanie et observé la « démence aiguë ». Cette partie de son œuvre fut complétée

par Delasiauve, isolant la confusion mentale, par Lasègue, décrivant le délire de persécutions, et par les auteurs qui, ultérieurement, distinguèrent les états mélancoliques symptomatiques. Ainsi se délimita progressivement un grand syndrome mental, dans lequel Guislain et Griesinger montrèrent la part prépondérante des troubles affectifs, et Séglas l'importance des altérations de la cénesthésie. Entre temps le problème s'était compliqué : la description de la folie circulaire et de la folie à double forme, par J.-P. Falret et Bail-larger, en 1854, avait inauguré une série de travaux qui aboutirent à la notion de folie périodique et à celle, plus étendue encore, de psychose maniaque-dépressive. Ainsi se marquent nettement, à propos de ces faits, les tendances de la psychiatrie vers les vastes conceptions d'ensemble basées sur des notions très générales.

Dans l'élaboration de ces grandes synthèses nosographiques soumises à la tyrannie des doctrines, la description symptomatique n'a pas une importance primordiale ; Kraepelin l'a bien fait voir. Celle de la mélancolie, en particulier, n'a guère varié, et le syndrome anxieux en est toujours une simple forme clinique, comme dans la classification de J. Falret ; certains ouvrages didactiques, même, n'en font qu'un sous-groupe dans la mélancolie simple ou affective, à l'instar de Krafft-Ebing.

Il faut noter cependant qu'un observateur resté dans la tradition des premiers cliniciens français, M. Séglas, enseignait, en 1894, que la mélancolie est une « psycho-neurose », dans laquelle les symptômes physiques et « la production d'un état cénesthétique pénible » ont une importance capitale.

Cette conception établit une sorte de transition avec celle qu'émirent peu après Hecker, puis Freud. Ces auteurs, dont l'attitude clinique analytique s'oppose aux tendances synthétiques des aliénistes, étaient apparemment peu familiers des grands problèmes psychiatriques ; ils retrouvèrent, non la mélancolie, mais sa seule forme anxieuse, en l'isolant du cadre trop vaste de la maladie de Beard, qu'ils démembraient. Freud, la considérant comme un état autonome, la dénomma « névrose

d'angoisse » (Angstneurose), insistant surtout sur les manifestations fonctionnelles organiques groupées autour du symptôme fondamental, l'anxiété. Brissaud, par ailleurs, décrivit à propos d'un cas « l'anxiété paroxystique ». Enfin, plus tard, Dupré, Devaux et Logre reprirent l'étude de ces faits qu'ils replacèrent dans les cadres psychiatriques sous la dénomination de « psychose anxieuse », l'expliquant par une constitution anxieuse, variante de la constitution émotive.

Il est remarquable que les cliniciens non aliénistes ont été surtout frappés par le syndrome anxieux, qu'ils conçoivent avec une certaine autonomie ; il est, semble-t-il, le plus proche de la médecine générale. Cette vue partielle des observateurs, qui retrouvèrent en quelque sorte l'anxiété en dehors des disciplines psychiatriques, reçoit de certains travaux récents une singulière confirmation ; c'est ainsi que Santenoise et Tinel ont radicalement différencié les réactions vago-sympathiques des anxieux de celles des déprimés, et que j'ai montré avec A. Lamache que tout le syndrome organique (clinique et biologique) de la mélancolie anxieuse s'oppose à celui de la mélancolie dépressive. En réalité, ces deux syndromes correspondent souvent à deux stades évolutifs différents de la « mélancolie anxieuse », l'état anxieux prédominant d'abord, marquant l'explosion encéphalique du processus toxico-infectieux, l'état dépressif faisant suite au fur et à mesure que s'installent les troubles fonctionnels particuliers déterminés par l'atteinte nerveuse. J'ajouterais que cette distinction avait été entrevue et nettement formulée par Esquirol : selon lui, la lypémanie ne reconnaissait pas toujours une « étiologie hépatique » ; elle pouvait avoir une cause « nerveuse », particulièrement la forme suicide.

C'est pour délimiter exactement le sujet de mon étude que j'ai emprunté à l'ouvrage de MM. Devaux et Logre le terme de « psychose anxieuse ». C'est aussi pour opposer plus nettement, dès le titre, à sa véritable signification organique, un syndrome psychique apparemment essentiel, « psychose », au sens propre du terme, ne débordant pas le domaine de l'observation

et de l'analyse psychologiques : *ce syndrome est, en effet, l'expression directe, immédiate, d'une imprégnation toxi-infectieuse du névraxe.* L'anxiété nous apparaît comme le type le plus simple des psychopathies toxi-infectieuses ; d'une grande fréquence, liée plus directement à l'atteinte des centres nerveux que la confusion mentale dont la pathogénie est complexe, elle constitue en quelque sorte la forme clinique fondamentale des psycho-encéphalites. On l'observe communément dans les états neuro-infectieux et elle marque très souvent le début ou les poussées paroxystiques d'un grand nombre de troubles mentaux.

**

Le syndrome psycho-clinique est connu ; je le rappellerai rapidement en insistant sur certains éléments laissés un peu dans l'ombre par les auteurs. Le malade est agité, instable, ne peut rester immobile, se lève, va et vient en tous sens ; il est angoissé, pleure, se précipite sur les assistants, s'accroche à eux en se lamentant, les suppliant de ne pas le tuer, de ne pas le faire souffrir s'il est condamné, d'épargner les siens que menacent on ne sait quelles épouvantables tortures ; tous les bruits l'affolent, car c'est son supplice qu'on apprête; toute entrée nouvelle dans la salle l'épouante : on vient le chercher, et parfois il se jette sur l'arrivant, le frappe avec violence, incapable d'expliquer ses actes de façon cohérente. A d'autres moments, au paroxysme de l'anxiété, il se frappe la tête contre le mur ou s'empare d'objets les plus hétéroclites qu'il tourne aussitôt contre lui-même, groupant en quelque sorte en série plusieurs tentatives de suicide impulsives, subites et souvent absurdes dans leurs moyens.

Ces impulsions au suicide sont d'autant plus dangereuses qu'elles surviennent parfois au cours d'une atténuation apparente : le malade est calme, stuporeux, comme inhibé par l'angoisse constante qui l'opresse ; mais il suffit d'une simple interrogation, d'un mot banal, d'un geste qu'il interprète à faux pour déclencher le raptus anxieux qui se traduit en propos et en actes désespérés.

Toutefois, cette excitation anxieuse n'est pas permanente ; elle procède par crises et évolue par paroxysmes rythmés, entrecoupés d'accalmies, dont certaines, très marquées, laissent le malade lucide, conscient de son état, capable d'expliquer clairement ses troubles ; mais rapidement une rechute survient.

En fait, l'anxiété est très exceptionnellement pure. Elle s'intrigue presque toujours et, en général, successivement par une transition insensible, avec des éléments de la série confusionnelle et de la série dépressive. On sait que les anxieux éprouvent habituellement un sentiment de bizarrerie, d'étrangeté du monde extérieur, de transformation de leur propre personnalité psychique et souvent physique ; ils ont des illusions de fausse reconnaissance, des illusions sensorielles, des cauchemars et parfois un véritable onirisme vespéral ou nocturne (en dehors des formes hallucinatoires) ; l'assimilation psychologique de leurs perceptions est imparfaite, l'effort intellectuel est difficile et n'aboutit qu'incomplètement, ils ont une impression de cerveau vide, d'incapacité de penser, d'évoquer les souvenirs récents, de faire un effort d'attention. Ce sont là, plus ou moins accentués, des symptômes de nature confusionnelle ; dans certains cas, ils dominent même le tableau clinique, réalisant la forme anxieuse de la confusion mentale, dans laquelle l'anxiété est au second plan, engluée en quelque sorte dans la confusion mais susceptible de reparaître quand cette dernière s'atténue.

Dans d'autres cas et, très souvent, un peu plus tard, chez le même sujet le fond mental apparaît de nature dépressive ; il est caractérisé par l'inhibition psycho-motrice, un ralentissement plus ou moins marqué des processus psychiques et moteurs pouvant aller jusqu'à la stupeur, de la douleur morale, des idées délirantes mélancoliques plus précises et plus stables que celles de la phase anxieuse paroxystique, des troubles physiques apparents, un syndrome biologique particulier et différent de celui des confus. Cet état est celui de la mélancolie anxieuse proprement dite, le plus fréquemment observée dans les services d'asiles parce

qu'il est le stade le plus durable et que, parfois, la phase initiale aiguë fait défaut, spécialement dans les rechutes.

En dehors des paroxysmes anxieux proprement dits, la marche du syndrome présente en général une, quelquefois deux « rémissions » passagères, pendant lesquelles l'atténuation des troubles est plus marquée. L'allure habituelle est caractérisée au début par des manifestations associées de nature confusionnelle tantôt très discrètes, tantôt plus ou moins intenses, qui cèdent le pas progressivement au syndrome dépressif. L'évolution se fait vers la guérison, parfois vers des états prolongés (mélancoliques, obsessionnels, délirants de toutes formes, schizophréniques) ou intermittents.

**

Telles sont, ébauchées, les données psycho-cliniques principales. Nous aborderons maintenant l'étude étiologique du syndrome anxieux pour établir sa nature toxi-infectieuse et encéphalitique.

Ce syndrome n'est pas exceptionnel au décours des maladies infectieuses, spécialement des infections à germe inconnu et dont on est tenté d'admettre aujourd'hui qu'elles sont dues à des ultra-virus ou à des formes filtrantes de microbes connus (scarlatine, grippe, etc.). On commence, d'ailleurs, à connaître leurs déterminations cérébro-méningées; nous ferons observer, en passant, qu'à la période d'état de ces maladies, lorsqu'il existe des atteintes hépato-rénales, surrénales, de l'insuffisance cardiaque, les troubles mentaux sont constitués par des manifestations confusionnelles ou confuso-oniriques. Au surplus, l'anxiété des maladies infectieuses est le type de l'anxiété confusionnelle, l'importance relative de la confusion étant plus ou moins grande et la dépression pouvant faire défaut pendant toute l'évolution.

Nous insisterons particulièrement sur le rhumatisme articulaire aigu. Cette affection donne lieu, à certaines époques, à des déterminations cérébrales fréquentes. A côté des grands accidents aigus, il existe un rhuma-

tisme cérébral subaigu caractérisé par un syndrome anxieux à peu près constant ; il survient à la fin de la polyarthrite ou dans l'intervalle des poussées articulaires. Nous avons eu l'occasion de le vérifier à plusieurs reprises au cours de cette année. Trois cas, par ailleurs, nous ont permis de décrire le rhumatisme cérébral d'emblée : il s'agissait, pour le plus caractéristique, d'une psychose confuso-anxieuse d'abord, puis anxieuse pure accompagnée d'un ensemble de signes somatiques, tels que pâleur avec anémie et polynucléose sanguine, sueurs, rapidité et instabilité du pouls, hyperazotémie discrète et excréition uréique abondante, apyrexie interrompue par une légère poussée fébrile, apparition d'un frottement péricardique et d'albuminurie avec œdème malléolaire ; il existait, en outre, de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, de la mydriase avec anisocorie discrète et paresse des réactions photomotrices, des réflexes rotuliens vifs. Enfin, la malade avait eu six mois auparavant une crise de rhumatisme articulaire aigu franc suivie d'une période de fatigue et d'épuisement qui s'étaient progressivement accentués jusqu'au déclanchement brutal des accidents psychopathiques.

Cette notion d'un rhumatisme cérébral d'emblée, sans polyarthrite, a été admise et étendue par plusieurs auteurs qui la font rentrer dans le cadre des formes viscérales pures de la maladie rhumatismale (Bezançon, Weissmann-Netter et Scherrer ; Grenet ; Bouchut et Ravault). Elle a une grande importance au point de vue psychiatrique, car elle montre que des « psychoses » apparemment essentielles sont, en réalité, l'expression d'une maladie générale méconnue à détermination nerveuse.

On voit que ce sont ici un ensemble de symptômes discrets et demandant à être recherchés, ainsi que des complications organiques qui permettent de reconnaître l'état infectieux et sa nature. En outre, des petits signes indiquent l'atteinte cérébrale ; nous relèverons, entre autres, les signes pupillaires (mydriase, anisocorie plus ou moins nette, paresse des réactions de la pupille) : on doit se garder d'en conclure à un processus de

syphilis nerveuse au début, en tirant encore argument de la réaction albumineuse ou albumino-cellulaire et de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien, de l'exagération des réflexes, etc.. Ce ne sont que des symptômes banaux de névraxite ; ils ne peuvent donner de précision étiologique. Mais ils permettent de considérer l'anxiété comme la manifestation dominante d'un ensemble morbide caractérisé d'autre part : 1^o par les symptômes plus ou moins apparents d'un état infectieux, 2^o par les signes frustes d'une détermination encéphalique.

Sans énumérer toutes les affections propres du système nerveux susceptibles de s'accompagner d'un état d'anxiété, j'en rappellerai quelques-unes à titre de démonstration. Ces affections ne sont pas d'ailleurs sans avoir un retentissement général, trop souvent négligé malgré sa réelle importance. La neuro-syphilis, notamment, peut se traduire par un syndrome anxieux, qu'il s'agisse d'un processus vasculo-méningé curable, explosant avec violence ou d'une méningo-encéphalite diffuse au début de ses manifestations cliniques ; il n'est pas rare que les signes d'imprégnation syphilitique du névraxie soient extrêmement discrets et que le diagnostic soit formulé à peu près uniquement sur les données de la ponction lombaire. Nous en avons observé un certain nombre d'exemples et publié plusieurs, tant en ce qui concerne les « psychoses syphilitiques » que la paralysie générale au stade présymptomatique ou à la phase de début. Le syndrome biologique général de ces névraxites syphilitiques à forme anxieuse est identique à celui des autres états anxieux (à l'exception des réactions du liquide céphalo-rachidien) ; on trouve presque constamment une réaction méningée intense que le traitement réduit assez aisément en même temps qu'il atténue le trouble mental, bien que celui-ci résiste parfois. Dans ces cas encore, des phénomènes confusionnels s'associent en proportion variable à l'anxiété, parallèlement à l'atteinte hépatique ; dans une de mes observations, j'ai vu succéder à un état de confusion mentale anxieuse un syndrome psychosomatique de dépression mélancolique dont j'ai suivi

ensuite pendant trois ans l'évolution rémittente alors que tous les signes de syphilis évolutive avaient disparu.

Une autre affection du névraxe dont la nature toxico-infectieuse s'affirme de plus en plus, la sclérose en plaques, est fréquemment marquée à son début par un syndrome anxieux. J'ai insisté sur ce fait. Mon ami et collaborateur A. Ombredane, a consacré sa thèse à l'étude des troubles mentaux dans la sclérose en plaques ; relevant des observations dans les hôpitaux et les hospices et colligeant d'autre part les faits publiés, il a pu montrer la fréquence des perturbations psychiques liées à la maladie de Cruveilhier ; celles-ci prennent le plus souvent l'aspect de la psychose anxieuse au début de l'évolution et parfois avant l'apparition des symptômes nerveux, constituant une véritable phase présymptomatique comparable à celle que nous avons décrite à la paralysie générale.

Je rappellerai encore la fréquence des états anxieux au cours de l'encéphalite épidémique où on peut les voir précéder ou suivre les poussées somatiques de l'infection nerveuse, s'associer ou s'intriquer avec elles selon de multiples modalités. Il est inutile d'insister sur ces faits, bien connus aujourd'hui depuis les travaux de M. Petit ; j'ajouterais toutefois que j'ai encore vu récemment une malade qui fit une poussée de parkinsonisme (apparition d'un hém-tremblement) et un état anxieux, auquel fit suite un syndrome paranoïde. C'est, d'autre part, au cours de cette affection qu'on a signalé des états d'anxiété pure (G. Petit).

Enfin, je reviendrais rapidement sur la description que j'ai donnée de la névralgie disséminée à forme anxieuse et la discussion qu'elle a soulevée. Cette affection se définit : 1° par des troubles psychiques réalisant le tableau de la psychose anxieuse ; 2° par des signes neurologiques frustes de déséquilibration, pyramidaux, parfois striés et, dans certains cas, par une réaction méningée discrète ; l'une ou l'autre des séries de symptômes moteurs peut être prédominante, mais ils ont pour caractéristique habituelle d'être discrets et doivent être systématiquement recherchés ; des phénomènes sensitifs (algies, paresthésies, troubles cénoth-

tiques), souvent plus importants, s'y associent ; 3° par un syndrome d'hyperthyroïdie et de déséquilibre sympathique; 4° par des symptômes fonctionnels et généraux d'atteinte infectieuse ; 5° par son allure saisonnière et sa succession apparente, avec une incubation de trois semaines environ, à une angine, un coryza ou une « grippe » ; 6° par l'action des thérapeutiques anti-infectieuses (salicylate de soude et hexaméthylène-tétramine, septicémie, sérum de convalescent, etc.). Au point de vue de l'évolution, cette affection tantôt guérit rapidement, tantôt se prolonge sous une forme subaiguë ou chronique ; à la phase aiguë caractérisée par l'anxiété mêlée de facteurs confuso-oniriques discrets fait suite un état psycho-somatique de mélancolie dépressive et anxiouse ; parfois, ce stade marque le développement d'un état délirant hallucinatoire ou interprétatif plus ou moins net ou encore la marche vers une forme particulière de démence précoce.

J'ai insisté, en collaboration avec Mlle Serin et M. Ombredane, sur la parenté de cette « névraxite » avec l'encéphalite grippale, l'encéphalite épidémique, la sclérose en plaques et, au point de vue de la pathologie générale, avec le rhumatisme articulaire aigu. En raison des manifestations neurologiques, j'avais cru pouvoir la rapprocher des « formes frustes de sclérose en plaques au début », telles qu'elles venaient d'être décrites notamment par M. Barré. Cette hypothèse fut d'abord admise, et M. Lévy-Valensi soulevait même, à propos de mes premières présentations de malades, la possibilité de l'ataxie aiguë ; elle fut d'ailleurs confirmée ultérieurement en Italie par une intéressante observation de M. Giordano et Mlle Lévi. Toutefois, MM. Euzière et Pagès, avec leur collaborateur Viallefond, ayant observé les mêmes faits, émirent l'hypothèse qu'il s'agissait en réalité d'une forme de la maladie de Cruchet (en considérant comme identiques les descriptions de Cruchet, Calmettes et Moutier et celles d'Economo). Pour séduisante que fût leur argumentation, elle n'était pas absolument péremptoire ; une grande partie des arguments peuvent être interprétés aussi

bien dans le sens de la sclérose en plaques au début que dans celui de l'encéphalite épidémique. La solution du problème ne sera fournie, à mon sens, que par la connaissance des agents pathogènes et il est préférable, actuellement, de laisser leur autonomie à la majorité des faits rentrant dans le cadre de la névraxite disséminée à forme anxieuse ; son individualité clinique est démontrée et elle peut prendre place dans le groupe des atteintes toxi-infectieuses indéterminées du névraxe (avec ou sans troubles mentaux) dont on commence à entrevoir de toutes parts l'existence et la multiplicité.

**

En passant en revue toutes les affections toxi-infectieuses du système nerveux et les maladies générales susceptibles de déterminations cérébrales ou cérébro-ménin-gées, on pourrait multiplier les exemples de psychose anxieuse liée à une encéphalite peu marquée ou évidente. Je me suis borné à la maladie rhumatismale, maladie infectieuse à réaction nerveuse accessoire et discrète (du moins dans les faits qui nous occupent), à la syphilis, secondairement localisée au système nerveux, à l'encéphalite épidémique dans laquelle l'atteinte névraxique est prédominante, enfin à la sclérose en plaques, maladie apparemment limitée au névraxe, et à la névraxite disséminée à forme anxieuse, isolée dans le cadre même des états anxieux. J'ai voulu établir par ces exemples gradués que le syndrome anxieux, relevant en apparence exclusivement de la psychologie pathologique, tant par ses symptômes que par les explications qu'on en a données (théories de Freud, de Dupré, de Janet), est en réalité l'expression immédiate d'une atteinte toxi-infectieuse brusque et diffuse, souvent intense, mais discrète et peu profonde des centres nerveux ; il se voit surtout au début des déterminations encéphaliques, quand l'encéphale est envahi par l'agent morbide, au stade d'essaimage ou au cours de poussées nouvelles, lors de l'imprégnation ou de la réimprégnation du tissu nerveux. On remarquera qu'il s'agit vraisemblablement d'une atteinte par des virus filtrants,

des formes filtrantes ou, éventuellement, des toxines microbien-nes. Les processus auto-toxiques, les troubles nerveux et viscéraux secondaires interviennent pour déterminer l'évolution et les troubles psychiques intriqués (confusionnels, oniriques, dépressifs, etc.).

En pratique, le nombre des affections connues dont on peut ainsi faire le diagnostic n'englobe pas, il s'en faut, tous les cas d'anxiété. Mais l'intégration de la mélancolie anxiouse dans les cadres de la pathologie générale apparaît plus complète si l'on applique aux anxieux les méthodes générales d'examen que nous avons préconisées pour les psychopathes. Ces méthodes comportent, outre l'examen psychiatrique : 1° la recherche systématique et précise des petits signes cliniques (signes physiques, fonctionnels, généraux) d'une atteinte nerveuse et d'une atteinte générale, en retenant que ces signes sont presque toujours peu apparents et souvent peu nombreux (je donnerai comme exemple particulier, la fièvre, continue ou paroxystique, qui, légère, est d'une extrême fréquence bien qu'elle soit habituellement méconnue) ; 2° la détermination par les procédés de laboratoire et les techniques cliniques des syndromes biologiques associés aux psychopathies.

L'application de ces méthodes, en révélant l'existence d'ensembles syndromiques psycho-somatiques, nous a permis de décrire, pour les états anxieux, le rhumatisme cérébral d'emblée et la névraxite disséminée à forme anxiouse. Elle montre, en tout cas, la coexistence constante de manifestations organiques, cliniques et humorales, avec le syndrome anxieux ; alors même que le diagnostic de la maladie causale demeure indéterminé, sa nature toxi-infectieuse est mise en évidence avec certitude et le champ de l'anxiété essentielle, psychogénétique, se trouve singulièrement réduit.

A vrai dire, l'anxiété est un syndrome délimité par des méthodes exclusivement psycho-cliniques. Les « maladies mentales » ou, si l'on veut, les maladies à forme mentale sont généralement plus complexes parce qu'elles mettent en jeu des facteurs pathogéniques multiples et rarement dissociés dans les faits. La simple analyse psychologique le démontre : nous

avons insisté notamment sur la présence quasi-constante d'éléments confusionnels ou confuso-oniriques dans la psychose anxieuse au stade aigu ; dans certains cas, ces éléments ont une telle importance que l'on parle de confusion mentale à forme anxieuse ; mais une série de transitions insensibles conduit aux cas où l'aspect de confusion apparaît comme psychologiquement secondaire à l'intensité du trouble affectif et enfin aux cas où les manifestations confusionnelles (égarement, imprécision de l'orientation, difficulté de l'effort d'attention, illusions, etc.) sont assez atténuées pour avoir été légitimement incorporées à la sémiologie de la psychose anxieuse sans que l'on se fût avisé de leur véritable nature. A un stade ultérieur de l'évolution, l'état anxieux prend souvent un aspect subaigu, devient moins intense et les facteurs dépressifs se substituent progressivement aux éléments de la série confusionnelle ; en même temps, on voit s'atténuer ou se modifier les troubles fonctionnels et les modifications humérales qui s'associent à la confusion mentale et le syndrome organique prend peu à peu le type qu'il affecte dans les états de dépression mélancolique. Quand le syndrome anxieux est à peu près pur, comme on peut le voir notamment dans la névralgie disséminée à forme anxieuse, dans l'encéphalite épidémique, ces syndromes de déficience viscérale fonctionnelle font défaut ou sont fort atténués. Au contraire le passage au délire aigu aboutissant à la mort, que l'on observe parfois, avec son grand syndrome organique et ses altérations anatomiques, traduit l'aggravation du processus toxi-infectieux ; il s'accompagne de dégénérescence hépatique, de lésions de néphrite identiques à celles que l'on rencontre dans les formes graves, mortelles, de toutes les maladies infectieuses.

Au surplus, ces intrications et ces successions de syndromes psycho-somatiques, aisément explicables par les atteintes viscérales diverses, ne sont pas les seules. Il n'est pas exceptionnel de voir s'associer à la psychose anxieuse des symptômes d'automatisme mental, des hallucinations, des manifestations délirantes, qui survivront seuls sous une forme chronique ; d'autres

fois, c'est un syndrome psycho-organique de démence précoce qui s'établira à la suite de l'état anxieux et celui-ci apparaîtra, au point de vue de la psycho-pathologie, comme un mode de début de l'hébéphrénocatastomie ou de la schizophrénie, de même qu'il semble être parfois un mode de début de la démence paralytique ou de l'affaiblissement sénile. En fait, ces états psychopathiques associés ou successifs répondent à des stades différents, à des variations d'un processus toxi-infectieux altérant, suivant des modalités diverses, l'appareil nerveux et les grands systèmes organiques.

Ainsi les maladies mentales, les « psycho-encéphalites » se présentent comme des groupements morbides dans lesquels les syndromes mentaux s'intriquent et se succèdent selon de multiples modalités ; ces syndromes sont inséparables de leurs concomitants organiques qui, par ailleurs, les expliquent souvent en révélant leur pathogénie. L'atteinte toxi-infectieuse initiale engendre, en effet, les troubles psychiques non seulement par ses déterminations directes sur les centres nerveux (c'est le cas de l'anxiété), mais aussi par ses atteintes viscérales et ses perturbations nerveuses fonctionnelles secondaires.

Je ne puis m'empêcher, en terminant, de faire remarquer que la conception que je viens d'exposer à propos des états anxieux n'est que le développement logique, en fonction de nos connaissances actuelles, des propres idées d'Esquirol sur les « maladies mentales ». La méthode générale est celle qu'il avait préconisée et, après lui, Lasègue. On peut donc croire que cette voie est la voie même qu'ont tracée les grands aliénistes français, fondateurs de la clinique psychiatrique, et qu'elle mérite d'être suivie.

DISCUSSION

M. MARCHAND. — La communication de M. Targowla m'a particulièrement intéressé. Elle vient à l'appui de mes constatations anatomo-cliniques montrant que certains états psychosiques, considérés depuis très

longtemps comme la manifestation mentale de maladies infectieuses, sont symptomatiques de lésions encéphalitiques. Il voudra bien me pardonner de lui adresser une légère critique qui n'enlèvera rien à la portée de sa communication ; en décrivant « la psychose anxieuse » symptomatique d'encéphalite, il base son diagnostic sur des signes neurologiques et humoraux, mais il ne nous apporte aucune donnée anatomo-pathologique. Or, depuis plusieurs années, devant diverses sociétés savantes, en particulier devant la Société anatomique, j'ai montré que si certains états dépressifs avec anxiété sont symptomatiques d'encéphalite, l'inflammation cérébrale peut se traduire par d'autres états psychosiques tels que : confusion mentale, délire aigu, délire hallucinatoire, excitation maniaque, stupeur, délire d'influence, délire polymorphe, démence précoce, etc... C'est pourquoi je considère que la question soulevée par M. Targowla est bien plus étendue qu'il semble le croire. Je présenterai autrement le rapport clinique et anatomique en disant : « Je ne crois pas qu'il existe une encéphalite particulière se traduisant par la « psychose anxieuse », mais il existe des encéphalites pouvant se traduire cliniquement par des signes neurologiques et par de multiples états psychosiques parmi lesquels des états dépressifs anxieux rentrant actuellement dans le cadre de la mélancolie anxieuse. »

Dans les cas cités par M. Targowla il est possible de déceler des symptômes organiques et humoraux qui autorisent le diagnostic d'encéphalite, mais il n'en est pas toujours ainsi. En examinant en série, au point de vue histologique, des cerveaux de sujets morts au cours d'états psychosiques les plus divers, j'ai eu la surprise de découvrir, dans certains d'entre eux, des lésions manifestes d'encéphalite, telles que périvascularite, satellitose, nodules infectieux, infiltration méningée, non seulement dans l'écorce cérébrale, mais dans diverses régions de l'encéphale, en particulier dans le bulbe. Chez ces malades il existait peu ou pas de symptômes neurologiques. C'est pourquoi, avec MM. Toulouse et Schiff, nous avons désigné ces encé-

phalites du nom *d'encéphalites psychosiques*, sur la pathogénie desquelles nous sommes encore très mal renseignés. Il existe donc, d'une part, des encéphalites qui se traduisent par des signes neurologiques, humoraux et mentaux, dont le type est l'encéphalite épidémique; d'autre part, des encéphalites qui cliniquement se traduisent surtout et presque exclusivement par des troubles mentaux divers comme formes et que nous désignons provisoirement du nom d'encéphalites psychosiques. « La psychose anxieuse » décrite par M. Targowla ne concerne, à mon avis, qu'un des multiples états psychopathiques que l'on peut observer au cours des encéphalites à pathogénie encore obscure.

M. DELMAS. — On ne saurait trop louer M. Targowla de poursuivre la recherche de névraxites infectieuses, qui, à l'instar de l'encéphalite épidémique, se manifesteraient sous la forme de troubles, surtout psychiques, susceptibles de laisser ignorer leur nature primitive et essentiellement organique. Mais, d'après la communication qu'il vient de nous faire, je crains qu'il n'aille trop loin et trop vite dans cette voie. Le titre même qu'il propose est, à cet égard, très significatif, car il ne tend à rien moins que de réduire la Psychose anxieuse à un syndrome toujours organique.

A ce point de vue, je m'associe à la critique très motivée de M. Marchand, qui propose l'appellation d'Encéphalites psychosiques, d'une signification bien différente.

L'argumentation de M. Targowla, valable pour certains cas particuliers, ne me paraît pas valable pour la très grande majorité des cas de PsychoSES anxieuses.

L'autorité de Dupré ne peut faire considérer ce qu'il a appelé la Psychose anxieuse que comme une manifestation maxima de la constitution émotive, et comme telle elle est de mécanisme éminemment psycho-physiologique.

Reste à établir les multiples conditions étiologiques susceptibles de mettre en branle ce mécanisme.

Il y a évidemment, comme l'indiquent Devaux et Logre, d'abord toute la série des maladies générales

organiques, depuis l'angine de poitrine jusqu'aux méningites aiguës.

Il y a ensuite toutes les psychopathies organiques, depuis le délirium tremens jusqu'à la paralysie générale, en passant par l'encéphalite épidémique et, si l'on veut, les névraxites visées par M. Targowla.

Il y a aussi — *et cela reste le cas de beaucoup le plus fréquent et le plus important* — les psychoses fonctionnelles, comme la mélancolie de nature cyclothymique.

Il y a enfin l'exaltation pure de l'hyperémotivité, par simple réaction interpsychologique (chocs émotionnels).

Ainsi, la Psychose anxieuse paraît être, par nature, de mécanisme fonctionnel et se produit manifestement plus souvent, en dehors de toute infection, intoxication ou lésion cérébrales.

Par ailleurs, je reste très sceptique sur l'interprétation des petits signes objectifs sur lesquels a insisté M. Targowla. Aucun d'eux ne paraît vraiment suffisant pour acquérir une signification nettement organique. Mais même si leur groupement imposait l'hypothèse d'une infection du système nerveux, il resterait encore à contrôler qu'il ne s'agit point d'une mélancolie authentique, secondairement compliquée de confusion mentale, car la mélancolie confusionnelle est banale en clinique. Les cas dans lesquels M. Targowla signale qu'un état mélancolique termine l'évolution me paraissent relever bien plutôt d'une mélancolie confusionnelle que d'une encéphalite psychosique.

Je ne veux pas terminer toutefois ces critiques sans rendre hommage au très intéressant effort de M. Targowla.

M. TARGOWLA. — Je crois que nous nous entendons mal parce que nous ne parlons pas exactement la même langue. M. Delmas, dans son intéressante discussion, se place sur le terrain psycho-clinique et psychologique ; j'essaie de parler pathologie générale. En médecine, on s'efforce d'établir des rapports entre les faits constatés ; c'est la méthode clinique : lorsqu'on trouve une endocardite chez un rhumatisant, on dit qu'il s'agit d'une endocardite rhumatismale ; pour admettre qu'il n'en

est pas ainsi, il faut le démontrer. En psychiatrie, la méthode est inverse ; si l'on constate une crise anxieuse chez un rhumatisant, on nie *a priori* tout rapport de cause à effet entre les deux phénomènes morbides, en se fondant sur une théorie psychologique. D'autre part, M. Delmas fait la critique de chacun des petits signes nerveux sur lesquels j'ai insisté ; mais leur groupement, leur concordance avec les troubles psychiques sont-ils aussi sans valeur ? Ces signes sont frustes, atténus, même discutables pour les neurologistes. Encore sont-ils très nets dans certains cas ; mais la psychiatrie n'est pas la neurologie et ces symptômes sont ce qu'ils sont ; il faut tout de même en tenir compte. Au surplus, c'est à la médecine générale plus qu'à la neurologie qu'il faut rattacher les maladies mentales. On décrit tous les jours des formes nerveuses, cérébrales, méningées, ignorées jusqu'alors des maladies infectieuses ; leurs manifestations sont discrètes, peu frappantes en général, et singulièrement comparables à celles qui accompagnent les « psychoses » ; elles s'éloignent, au contraire, des grands syndromes destructifs qui ont fait la fortune de la méthode anatomo-clinique en neurologie. Cette méthode est loin d'avoir la même valeur en pathologie infectieuse et en psychiatrie qu'en neurologie classique.

Je n'ai pas invoqué, comme le pense M. Janet, une encéphalite particulière pour expliquer l'anxiété ; ma communication tend, au contraire, à démontrer que ce syndrome est une réaction encéphalitique banale ; les syndromes mentaux n'ont pas de spécificité étiologique, et je n'ai à aucun moment considéré la psychose anxieuse comme une maladie autonome.

Quant aux objections de M. Marchand, j'ai déjà eu l'occasion d'y répondre en partie à la Société clinique de médecine mentale. Je ne crois pas que l'anxiété ait été considérée jusqu'à présent comme une psychose toxico-infectieuse ; d'autre part, dans le mémoire auquel il fait allusion, il a rapporté surtout, sous le nom d'encéphalites psychosiques, des faits anatomo-cliniques de délire aigu, sans, d'ailleurs (si ma mémoire est fidèle), que ce diagnostic ait été formulé. Bien qu'à mon sens

les données anatomo-pathologiques n'aient pas une importance primordiale dans l'état actuel du problème, je souscris d'autant plus volontiers aux idées qu'il apporte aujourd'hui qu'elles répondent sensiblement à la conception que j'ai émise des psycho-encéphalites. J'ai développé cette conception dans un article paru en mars 1928, dans la *Pratique médicale française* et intitulé : « Psychoses et encéphalites toxico-infectieuses. Les psycho-encéphalites » ; j'y prenais, en particulier, pour type le syndrome anxieux.

Paraphrénie expansive et démence paranoïde (Contribution à l'étude des psychoses paranoïdes)

par M. Henri Ey

Nous avons l'honneur de présenter devant votre Société un cas qui nous a paru intéressant, moins par les caractères propres du délire que nous analyserons devant vous, que par le problème pathogénique qu'il pose avec une particulière netteté. Il s'agit, en effet, d'un délire que nous croyons devoir définir par l'étiquette Krapelinienne de « paraphrénie expansive » et qui contraste vivement avec l'intégrité intellectuelle très remarquable de la malade.

Simone Jou..., 27 ans.

Cette malade est *aveugle* depuis l'âge de 4 ans 1/2, à la suite d'un « glaucome traumatique » qui lui fit perdre, à 2 ans 1/2, l'œil droit, et provoqua une ophtalmie sympathique de l'autre œil, qu'elle perdit 2 ans après.

Son père est d'une bonne santé habituelle. La réaction de B.-W. est négative dans le sang.

Sa mère (dont le B.-W. est également négatif dans le sérum), est actuellement internée, avec un *délire d'interprétations*, qui daterait d'une dizaine d'années, avec un *fond d'exaltation affective* considérable et un *caractère* nettement *paranoïaque*.

Les parents n'ont jamais eu d'autres enfants.

Elle fut placée, à 6 ans 1/2, chez des religieuses, où elle

apprit à lire et à écrire en Braille. Elle s'adonna surtout à des études musicales (piano et chant), pour lesquelles elle est bien douée.

A 14 ans, elle fut réglée sans incident.

Placée à l'Institut des Jeunes Aveugles, elle s'y perfectionna dans l'étude du piano et du violon, et passa facilement son brevet élémentaire à l'âge de 18 ans. Elle apprit alors à jouer de l'orgue, s'initia à l'Harmonie et passa le certificat d'aptitude pédagogique, qui lui permit de donner des leçons de chant et de piano chez elle.

Elle vivait avec ses parents et menait une existence paisible et même heureuse. Elle s'était créée quelques relations. Elle sortait avec une conductrice deux ou trois fois par semaine.

Sa mère, dit-elle, était une amie pour elle. Elle s'entendait également bien avec son père.

Elle n'a jamais présenté de maladies importantes.

Début. — Dès le mois d'avril 1928, elle s'aperçut qu'on faisait autour d'elle des *allusions* à sa conduite. On avait de « drôles d'attitudes envers elle ». Elle se sentait enveloppée d'une atmosphère d'hostilité. M. F. le bibliothécaire des aveugles lui paraissait avoir une « attitude de fourberie ». On colportait des calomnies sur son compte. On prétendait qu'elle avait des relations sexuelles avec le comte D. qui est un bienfaiteur de l'Institut et qui est un vieillard pour qui elle a de l'affection et de la vénération. Elle demanda un jour au comte de lui recopier de la musique en Braille, mais M. F. qui était là a insisté pour qu'il ne le fasse pas : c'était bien une preuve de sa mauvaise volonté. Si on l'interrogeait on en saurait long sur son compte !

En même temps sa conductrice lui fit quelques réflexions bizarres : « Ah ! Mademoiselle ! Ah Mademoiselle, lui disait-elle, comme si elle la plaignait, mais elle se refusa à toute explication.

Elle alla un jour aux w.-closets pour se laver les mains. La conductrice lui dit : « Tiens, il y a du savon aujourd'hui ! Servez-vous-en » On voulait à toute force lui faire prendre du savon pour la compromettre.

Son père nous dit que sa conduite changeait. Elle devenait fantasque. Elle ne voulait plus sortir. Elle était très énervée. Elle n'était plus la même. Elle avait des insomnies et était très troublée dans la nuit.

Episode aigu. — Mais vers le 17 juin, les choses ont changé. « Tout ça, dit-elle, est imprécis et flou ». Il y eut alors

quelque chose d'extraordinaire. Elle s'aperçut que la boucherie qui était près de chez elle devait avoir été déjetée un peu sur la gauche. Elle entendait les bruits un peu plus loin.

Etant à la fenêtre, elle entendait que les gens qui passaient disaient : « On va la faire entrer dans la Franc-Maçonnerie ». D'autres disaient : « On la va la tuer ». Ou bien encore : « Tu seras chanteuse en enfer ». — « On va la faire piquer par un serpent ». En même temps, elle voyait un soleil comme un globe rouge, des triangles, ou bien comme un « tambour dentelé ».

Développement du délire. — Elle distingue elle-même 3 phases dans son évolution.

D'abord, ce qu'elle décrit comme une période *d'hébétude et de passivité*. « Je me sentais anormale. J'avais comme une paralysie de la volonté et c'est alors que je perçus le discours cérébral. C'est une voix unique qui me parle dans la tête. C'est un entendement de voix très distinct. Ce discours cérébral m'instruit de ce qui m'arrive, qui me menace. On m'annonce des choses qui vont m'arriver. On calomnie les uns et les autres. Dans cette première période, le discours cérébral était surtout à base d'*obscénités*. Ça a commencé par des mots grossiers (m... et c...). Puis ce fut une série de cochonneries. On l'obligeait à se représenter des obscénités. Ces voix sont plutôt des « *suggérations* ».

En même temps, se développait une *influence magnétique*. « Je me sentais absolument sous l'empire magnétique, je n'étais plus maîtresse de moi-même. Il me venait des idées absurdes et imposées. Je fus poussée par exemple à mettre le feu à mes vêtements. On me fit prendre des allumettes. On me suggérait des actes que je ne voulais pas faire comme la masturbation. Je ressentais des impressions bien étranges dans tout mon corps. C'étaient des entreprises de sadisme. On m'imposait l'idée qu'il s'agissait de la franc-maçonnerie, mais c'était une erreur. On me faisait voir la guillotine.

Dans un 2^e temps, à partir du mois d'août, le délire s'étend. « On paralysait aussi la volonté de mon père qui devint bizarre. Tout Paris était influencé. » Elle avait peur « et pour se défendre contre cette frayeuse », elle vint chez le Dr Toulouse. Mais dans le service où elle était, elle s'aperçut qu'on étouffait les malades en leur pinçant le nez. Le discours cérébral à ce moment lui parla du communisme de ses idées sur le capital. « Mes parents ont un peu d'argent. Vous pensez bien que je n'allais pas laisser le capital

menacé comme ça ! ». Elle tente alors de défendre le capital et propose la « chaîne », sorte de contribution volontaire des capitalistes pour améliorer le sort des ouvriers et calmer le prolétariat « en défendant la France et le bien, je défends mon bien personnel ! ». Dans le pavillon où elle se trouvait placée, elle avait beaucoup à se plaindre. Un jour, le Dr Toulouse voulut lui parler, mais comme les Chambres n'étaient pas encore rentrées, elle refusa de parler, parce qu'elle ne pouvait pas faire intervenir de parlementaires. Elle demanda sa sortie car elle devait défendre sa mère. Elle craignait que ses parents ne fussent ruinés.

Rentrée chez elle, le délire devient *actif* et *pratique*. Elle déclare qu'elle « récupère alors toute son intelligence. » Sa pensée devient alors forte et elle se heurtait à la pensée antigouvernementale. On faisait des calomnies affreuses. On disait que j'étais Cécile Sorel ; que je couchais avec les médecins. On répétait ma pensée. On m'obligeait à me masturber. On savait tout ce que je disais « Il faut bien comprendre ce qui se passe. *La Gazette du Franc* est un scandale lié au communisme. Il y a les forces du mal, la bande noire qui extirpe les fluides de la terre. C'est le communisme et le magnétisme. Mais moi, je suis à la tête des forces antagonistes : le Capital, la France et les Médecins, tout ce qui est le Bien. Je suis la Reine du Monde. J'ai toute la presse entre mes mains. J'exerce mon action libératrice par mes écrits qui déjouent les complots en les dénonçant. C'est par conséquent mon intelligence qui sauve le monde, par mes pensées qui sont lucides, nettes et divinatrices, par mes discussions avec les forces occultes, ainsi j'ai renversé un complot par des arguments décisifs : ils voulaient détruire toutes les valeurs en Banque, mais je leur ai remontré que c'était idiot ».

C'est durant cette dernière phase qu'elle se présenta à l'Elysée pour renseigner le Président de la République.

Internement. Examen à l'entrée. — Elle se présente avec un système d'idées d'influence et d'hallucinations psychiques. « J'étais chanteuse, je devais faire ma carrière. C'est le magnétisme qui a interrompu ma carrière. C'est un discours que je reçois dans ma pensée. C'est la même influence qui détermine mes vomissements ou les douleurs que je ressens. C'est cette influence qui vient de me faire dire intelligence au lieu d'intelligence. C'est au mois de juin que j'ai eu l'impression qu'une pensée s'est glissée dans la mienne. Ça s'est précisé ensuite sous la forme d'une voix qui disait des grossièretés. C'est la voix de M. Paul M... qui

est un magnétiseur de Saintes. Mais ces voix sont des voix par suggération.

De plus, elle présente des *pseudo-hallucinations visuelles* : « on me fait passer devant les yeux des scènes obscènes. On m'a fait voir la guillotine, il y avait deux poteaux et un grand couteau. Mais les choses que je vois ainsi ne sont pas différentes des images visuelles que j'avais avant d'être magnétisée, car je puis m'imaginer des choses comme si je les voyais. »

Ses *idées délirantes* sont très actives. Il s'agit de personnages politiques, de franc-maçonnerie. Elle développe ses thèmes de persécution et en même temps manifeste des tendances mégalomaniaques.

Affectivité. — Exaltation affective considérable avec volubilité, humeur expansive, légère fuite des idées, logorrhée, énervement, insomnies.

Les jours qui ont suivi son internement, elle a présenté un véritable état *hypomaniaque* avec jovialité, chants, aisance, gaieté.

30 décembre. — Elle déclare : « Mon affaire est très vaste, c'est une affaire politique européenne, il s'agit d'une propagande pour renverser le gouvernement. On a essayé de me faire passer pour une folle. C'est une conversation continue que j'entends et j'y réponds par une lutte continue.

Les voix que j'entends ont un timbre variable. Ce sont des calomnies sur les hommes en vue. On saisit ma pensée avant qu'elle ne s'exprime.

Dans les w.-closets j'ai senti des parfums.

J'ai senti dans mes aliments un goût d'acide phénique.

J'éprouve des battements de cœur, des brûlures, des démangeaisons et des sensations voluptueuses. « Tout ça, c'est la bande noire. »

Dans les journaux, il y a des allusions constantes.

Elle se montre pendant le cours de janvier très tourmentée par ses persécutions et présente une activité délirante considérable.

Elle entre le 4 mars dans la Clinique du Prof. Claude, où nous avons pu l'examiner pendant plusieurs mois.

Examen du fond mental. — C'est une malade cultivée, ayant à sa disposition un stock verbal et idéique très au-dessus de la moyenne. Nous avons choisi comme série de tests les plus difficiles des tests de Chapian (1) (ce sont

(1) On en trouvera la série dans le livre de Decroly. *La Pratique des tests mentaux*, p. 265 à 275.

des tests « collectifs » qui n'ont pas pour but de déterminer l'âge mental mais qui peuvent donner des indications sur la précision et la vigueur des fonctions intellectuelles).

1^o Tests d'information : excellente épreuve révélant la variété des connaissances acquises.

2^o Test d'arithmétique (problèmes mentaux assez difficiles à résoudre en 10 secondes) : sur 25 épreuves de ce genre 4 seulement ne sont pas réalisées dans le temps voulu dont 2 incorrectes.

3^o Le test des contraires (qui est facile) est fait en entier avec une aisance remarquable.

4^o Les tests de « compréhension » (jugement) ne donnent que 3 mauvaises réponses sur 25 épreuves.

Nous avons joint à ces examens l'épreuve du raisonnement tirée du livre de Rignano sur la Psychologie du Raisonnement. « Si une pendule à balancier tarde, a-t-on avantage à la placer dans une chambre chaude ou froide ? »

La malade, d'abord déconcertée, est très rapidement mise sur la voie dès qu'elle voit que le balancier plus long est plus lent. Elle applique immédiatement la loi de la dilatation des corps par la chaleur et aboutit immédiatement à la conclusion du raisonnement en justifiant sa conclusion.

Dans le cours de ces épreuves, la malade manifeste une *activité mnésique* remarquable. Son attention est soutenue jusqu'au bout de l'effort mental nécessaire. Il n'apparaît aucune fatigue.

De plus, son jugement appliqué à sa situation, à ses relations avec l'ambiance est tout à fait correcte.

Nous concluons que *ses fonctions mentales élémentaires s'exercent avec rapidité et précision*, que ses connaissances didactiques sont étendues et que sa capacité de jugement — en dehors de son activité délirante — équivaut à une censure critique normale.

Caractères du délire. — Nous avons essayé de préciser les caractères du délire de cette malade qui contraste si vivement avec l'intégrité de ses fonctions intellectuelles. Ce délire nous a paru être beaucoup plus *cohérent* dans son développement qu'il ne le paraît à première vue. Il y a un thème fondamental qui est *l'apostolat* qu'elle prétend exercer contre les forces du Mal coalisées sous la forme du Magnétisme et du Communisme et en dépit des attaques dont elle est l'objet. L'égocentrisme de la malade est particulièrement manifeste dans ses déclarations sur son action efficace dans les affaires publiques de l'Univers.

Il nous a paru être également une *justification* des sévices que l'on a exercés sur elle selon le mécanisme classique mis en évidence par Magnan et une sorte de *disculpation* à l'égard des désirs, des tendances érotiques qui se sont manifestés au cours de la période d'exaltation qu'elle a présentée.

Cette tendance mégalomaniac fondamentale nous paraît enfin être une sorte de *compensation* à l'égard de sa situation socialement inférieure et traduire la *vanité* que la malade tire (non sans raison d'ailleurs) de son intelligence.

Il nous paraît essentiel d'insister sur ce mécanisme adlérien de compensation. Son père nous a dit qu'étant enfant, elle a toujours eu beaucoup d'amour-propre, qu'elle avait le souci de montrer que, malgré sa cécité, elle avait de l'intelligence et du talent : c'était sa coquetterie.

Cette coquetterie n'excluait pas l'autre cependant. Ses tendances érotiques qui se sont manifestées tout au début, ses réticences même montrent assez nettement qu'il existe chez elle des conflits internes qui ne sont peut-être pas étrangers à la forme de son délire où l'idée d'une influence mauvaise et de sa victoire perpétuelle pourrait être interprétée dans un sens symbolique.

Ce qui me paraît essentiel, c'est *l'adhésion euphorique* que cette malade donne à de telles croyances absurdes et dans lesquelles elle se *complaint manifestement*. Il y a chez elle une sorte de *délectation délirante* dans laquelle elle « se réfugie » et qui répond bien au monde autistique schizophrénique, projection des aspirations et des tendances non satisfaites.

Affectivité. — On retrouve dans l'évolution norbide qui dure depuis un an des éléments d'*anxiété* surtout évidents au début (Représentations terrifiantes. Attente d'un malheur, sentiment d'insécurité). D'ailleurs, il entre dans la structure même de son délire un élément d'angoisse diffuse en tant qu'il se présente comme une lutte. Au cours de l'évolution de la maladie (en particulier le 15 janvier) sont survenus de véritables raptus anxieux.

Par contre, on trouve chez elle, par intervalles, un état d'exaltation quelquefois considérable. Généralement, elle est volubile, enjouée ou au contraire irritable, en tous cas, toujours en état d'hypertonie affectif.

Ses sentiments familiaux sont très vifs.

Sa réaction affective à son internement est également empreinte d'une émotivité adéquate.

Examen somatique. — L'examen des divers organes ne révèle aucune lésion appréciable.

Elle est généralement bien réglée. Mais elle a présenté au moment de son internement et en coïncidence avec l'état d'exaltation qu'elle présentait, une période amménorrhéique.

Il n'existe aucun signe d'atteinte du système nerveux.

Elle n'est porteuse d'aucune lésion bacillaire.

La réaction de B.-W. dans le sang a été négative.

Elle est assez maigre, mais son état général reste satisfaisant.

Evolution. — Depuis 18 mois, le délire luxuriant et mobile dans ses thèmes particuliers (empruntés aux événements politiques et à tous les éléments de « l'actualité ») reste très actif. Des phases d'exaltation surviennent fréquemment. Le fond mental reste intact.

Un jour, elle est agitée, elle veut s'arracher les cheveux parce que la bande noire de l'Allemagne veut déposséder les gens qui ont de la fortune. Pour les empêcher, elle a jeté sa robe par terre, parce qu'il paraît que c'est une robe communiste. Elle est presque nue avec une écharpe autour du cou. Elle veut sortir dans cet état pour accomplir des démarches nécessaires et urgentes.

On lui demande pourquoi elle se coupe les cheveux. Il faut qu'ils soient envoyés en Amérique pour montrer notre détresse et faire la preuve que nous ne pouvons pas payer nos dettes.

Comment cet envoi peut-il avoir ce sens ?

Parce qu'ils sont avertis par les astrologues.

Depuis lors, cette malade est dans le même état avec une activité délirante toujours aussi vive et perpétuellement alimentée par les faits politiques (qu'on lui lit dans le journal) et les événements de la vie journalière.

Cécité. Souvenirs et hallucinations à caractère visuel. — Notre malade a eu des impressions visuelles jusqu'à 4 ans 1/2. Elle se rappelle d'ailleurs la forme des objets et leur couleur suffisamment pour que son imagination emprunte une forme visuelle. Elle explique en effet qu'elle peut très bien se représenter les choses ou les gens. Elle dit d'ailleurs « je préfère avoir été aveugle seulement après avoir vu les couleurs et les formes, car, contrairement à ce qui se passe pour les autres aveugles, je puis me représenter les objets ou les imaginer sous une forme *globale*. » La malade fait ici allusion à la représentation analytique que les aveugles auraient du monde extérieur, par les sens qui les mettent en contact avec lui. En effet, le toucher et même l'ouïe (peut-être parce qu'ils tiennent moins de place généralement

dans les données sensibles communes), ne paraissent pas fournir au langage et aux systèmes de concepts une matière aussi importante que les éléments visuels, et comme les aveugles doivent penser et parler les mêmes objets que nous, ils ne parviennent pas à en avoir une idée adéquate et globale.

La vue, d'ailleurs, représente un sens synthétique à groupement sensoriel plus considérable que l'ouïe et le toucher, qui exigent non plus une simultanéité dans l'espace, mais une succession dans le temps.

Une autre remarque mérite, croyons-nous, d'être retenue, au sujet des souvenirs des couleurs. Notre malade nous dit en effet : « Je me représente les couleurs sans nuance. Cependant, je me représente le bleu pâle du ciel, mais je ne puis pas l'attribuer à autre chose qu'au ciel, à une étoffe, par exemple. »

Elle paraît n'avoir conservé, tout au moins pour les nuances de couleurs, qu'un *souvenir concret*, c'est-à-dire qu'elle ne peut se représenter ces nuances de couleur qu'autant qu'elle se les représente adhérentes à certains objets. On peut dire que la représentation générale *abstraite* de la couleur, qui permet de la considérer comme un attribut possible de plusieurs objets, cette représentation, notre malade ne l'a pas et elle ne l'a pas parce qu'il est vraisemblable qu'à l'âge où elle a perdu la vue, les enfants sont encore au stade de la pensée concrète, à forme primitive, telle que Piaget et Luquet l'ont bien étudiée.

DISCUSSION NOSOGRAPHIQUE. — Notre observation est celle d'une malade qui a présenté, après une phase sub-délirante, un sentiment d'anxiété et d'hostilité, et après un épisode aigu caractérisé surtout par un bouleversement anxieux et des idées d'influence, un délire luxuriant extrêmement actif.

Dans ce délire nous trouvons deux tendances organisatrices et maîtresses : délire d'influence avec hallucinations psychiques, céphalées, et délire mégalo-maniaque, qui s'insère très exactement, comme pour les justifier, sur les idées de persécution.

A première vue et en raison de la luxuriance idéique, des extravagances, des interprétations et des inventions, ce délire paraît incohérent. Il semble cependant s'ordonner selon un thème qui se déroule et où

les forces cosmiques sont représentées dans une lutte entre le Bien et le Mal. La malade incarne le Bien et se croit capable d'une efficacité merveilleuse sur les événements, puisqu'il lui suffit de mots ou de gestes pour maintenir les forces adverses dont elle finit par triompher. Cet ensemble prolifique de croyances absurdes contraste avec un fond mental où toutes les fonctions élémentaires de l'esprit paraissent s'exercer correctement et même avec une certaine vivacité.

Dans quel cadre nosographique devons-nous faire entrer notre malade ?

Nous nous trouverions ici bien placés pour faire de subtiles distinctions entre les diverses formes psychopathiques qui s'accumulent et souvent se confondent à ce carrefour important de la Psychiatrie. Aussi bien notre but n'est pas d'établir un diagnostic motivé et ferme entre les diverses formes cliniques que la théorie psychiatrique nous propose. Nous voudrions cependant rapidement envisager, à propos de notre observation, la situation du groupe des délires analogues relativement à la Démence précoce et aux Psychoses systématisées.

Poumons-nous ranger notre observation dans les *Psychoses systématisées* ? Actuellement le groupe des psychoses paranoïaques comprend le délire chronique de Magnan, le délire ou psychose hallucinatoire, le délire d'interprétation, le délire d'influence et les formes liées au syndrome d'action extérieure ; il se définit, pensons-nous, comme le dit Montassut, par le caractère de *psycho-rigidité* et représente, comme dit Claude, un état *passionnel chronique*. La loi de leur développement se trouve être l'extension logique de leur croyance foncière.

Ici chez notre malade, sans doute, nous avons mis en évidence une certaine unité, mais le délire ne se développe pas, croyons-nous, de cette façon systématique et logique ; ce qui lui donne un élan continu et lui impose ces proliférations inattendues et déconcertantes, c'est une élaboration active constante et comme une perpétuelle *invention* qui l'enrichit sans cesse et lui donne cet aspect d'incohérence absurde qu'ont les constructions imaginatives qui se soucient peu de

s'adapter au réel. Il est remarquable d'ailleurs qu'aucun médecin, à notre connaissance, n'a posé le diagnostic de Psychose hallucinatoire systématisée. Tous, au contraire, ont été frappés par le caractère extravagant des idées délirantes.

Pouvons-nous attribuer à notre observation un diagnostic qui la placerait dans la Démence précoce à forme paranoïde ? Si nous considérons la *démence paranoïde* comme une hébéphrénie délirante avec tous symptômes de l'affaiblissement intellectuel, il est bien clair que nous ne saurions ranger cette malade dans un tel groupe et il nous paraît en effet que si la démence précoce doit englober des cas de délires absurdes, mobiles, incohérents, fantasques, qui constituent sa forme paranoïde, ce qui doit essentiellement caractériser ces états, c'est bien leur forme démentielle vraie.

Ainsi il n'y a pas de place ni dans le groupe des psychoses systématisées, ni dans le groupe de la démence précoce vraie, pour notre malade. Si nous tenons à la ranger dans un cadre nosographique, c'est dans le groupe des paraphrénies ou Psychoses paranoïdes qu'il faudra le faire. Encore une fois, s'il ne s'agissait que de mettre une étiquette sur notre cas, nous n'y insistions pas, mais nous pensons qu'il peut être intéressant de donner à cette discussion nosographique plus de valeur en examinant comment à propos de cas comme le nôtre les idées doctrinales ont évolué depuis Kræpelin.

Notons tout d'abord que la psychose hallucinatoire chronique a pris une physionomie un peu particulière en France depuis les travaux de Gilbert Ballet, qui plaçait à la base de cette psychose une désagrégation de la personnalité, image qui a été « réalisée » et pour ainsi dire « matérialisée » dans les théories mécaniques actuelles.

Pour Kræpelin (1) en dehors de la Démence précoce et de sa forme paranoïde il existe, en effet, un groupe de psychoses délirantes (en dehors des délires alcooliques et de la P. G.) qui sont caractérisées par une acti-

(1) KRAEPELIN. — *Psychiatrie*, 1913. Tome III, p. 972 à 1022.

vité délirante très riche, qui ressemblent aux formes paranoïdes de la D. P., mais qui s'en distinguent parce qu'elles ne comportent pas de troubles de la personnalité, ni de l'affectivité. Il note cependant que l'on observe parfois des déviations de l'affectivité, mais qui en tous cas n'aboutissent pas à l'indifférence caractéristique de la Démence précoce.

Nous n'insistons pas sur les diverses formes de paraphrénie qu'il décrit (systématique — analogue au délire de Magnan — expansive, confabulante et fantastique).

Pour Bleuler (1) au contraire toutes ces formes délirantes rentrent dans le groupe des schizophrénies. Il semble même (comme nous l'avons noté avec Guiraud ici même, en 1926), que pour le professeur de Zurich les formes paranoïdes aient servi de schème essentiel à sa théorie de la Démence précoce.

Pour Claude (2) des cas comme celui que nous rapportons n'entrent ni dans la Démence précoce vraie ni dans les délires paranoïaques. Revenant aux idées de Kræpelin, il croit qu'il y a lieu d'opposer aux délires systématisés paranoïaques le groupe des Psychose paranoïdes *dont une partie seulement appartient à la démence précoce*, tandis qu'un autre groupe appartient aux Psychose schizophréniques.

C'est parmi ces psychose schizophréniques que nous rangerons, avec Claude, cette forme particulière de paraphrénie que Kræpelin a décrite sous le terme de *Paraphrénie expansive*.

Il nous paraît, en effet, que notre observation représente assez bien le type que Kræpelin a décrit sous ce nom. La paraphrénie expansive, selon Kræpelin, se manifeste par une activité délirante luxuriante (*üppig*) avec tendances ambitieuses et mégalomaniaques sur un fond d'exaltation affective, tandis que les fonctions mentales élémentaires seraient intactes. Tels sont bien, croyons-nous, les traits essentiels de notre malade.

(1) BLEULER. — *Dementia precoox oder gruppe des Schizophrenies*. Vienne, 1911.

(2) CLAUDE. — Les psychose paranoïdes. *Encéphale*, 1925, p. 136 à 150.

LE MÉCANISME DU DÉLIRE. — Ce que nous avons voulu mettre une fois de plus en évidence en présentant cette observation, c'est le paradoxe déconcertant de cette discordance si flagrante entre l'intégrité de ses fonctions mentales élémentaires et l'absurdité de cette croyance en une puissance prodigieuse qui rend notre malade « Reine de l'Univers » et point de mire de toutes les forces du Mal qui s'acharnent contre elle. Cet hiatus entre son délire et sa critique de par ailleurs correcte, tel est le point essentiel et depuis bien longtemps connu sur lequel nous désirons une fois encore insister parce qu'il nous donne l'occasion de nous demander, à propos d'un cas concret, comment dans l'état actuel de la Psychiatrie nous pouvons en rendre compte.

Ne voulant pas entrer dans le détail des théories nombreuses sur le mécanisme du délire, nous nous contenterons d'opposer deux courants d'idées.

Selon une première manière de voir les choses, le délire apparaît comme un épanouissement des tendances affectives profondes du sujet qui crée dans l'ordre de l'imagination et de la fiction un monde où ses désirs et ses aspirations trouvent une satisfaction que la réalité ne peut pas leur donner. Le Délire est considéré dès lors comme le symbole plus ou moins lointain des conflits intérieurs dont il représente une première et approximative solution. C'est la théorie dont la psychanalyse constitue la forme la plus parfaite.

Selon une deuxième façon de concevoir les choses, on se représente le délire comme une prolifération monstrueuse du cerveau sous le nom « d'automatisme mental », d'intuition délirante, d'imagination délirante, ou encore, comme Jaspers, sous la forme d'expériences délirantes primitives. Toutes ces théories se font une image du délire qui peut se résumer de cette façon : la conscience du sujet est envahie par des idées, par des formes de pensée, par des croyances qui s'imposent à lui.

Pour notre part, si nous osons prendre position dans un si important débat, il nous paraît que la première théorie (celle de la *continuité*) ne peut pas rendre

compte suffisamment du caractère original « pathologique » d'une telle activité ; il manque à une telle conception de pouvoir expliquer ce qui, en définitive, a fixé l'esprit dans une voie aussi différente de la pensée commune. C'est naturellement le reproche inverse que nous adresserions à la théorie de la *discontinuité* telle que la formulent les conceptions auxquelles nous faisons allusion, car à admettre un abîme entre la mentalité du sujet et son délire on s'interdit de voir les relations qui unissent tout de même l'une à l'autre. Nous avons insisté, en effet, sur ce qui nous paraît essentiel dans le mécanisme de la tendance délirante de notre malade : *l'adhésion joyeuse et profonde à l'ensemble de ces idées absurdes qui révèlent par là combien elles répondent aux tendances de sa personnalité* (1).

Pour nous satisfaire, cette deuxième conception de la genèse du délire devrait abandonner ce caractère de *construction complète et immédiate* qui justement est attribué à l'idée délirante, laquelle surgirait ainsi entièrement organisée par ces facteurs fortuits et mécaniques.

Ceci nous amène à une théorie mixte que nous croyons cependant plus critique (2) qu'éclectique et qui se confond avec la conception bleulerienne des signes primitifs et des signes secondaires. Sans doute il y a bien comme signes primitifs des phénomènes élémentaires qui sont liés au trouble cérébral, mais il y a des signes secondaires beaucoup plus complexes (idées délirantes, hallucinations) qui résultent et de ce processus cérébral et de l'organisation même de la personnalité du sujet.

Pour le cas qui nous occupe la question est de savoir si la croyance délirante absurde est une sorte de pro-

(1) On pourrait encore noter chez elle que le Communisme joue le rôle du Mal avec d'autant plus de netteté qu'il représente pour cette malade de condition modeste le danger qui menace les économies que son père a réalisées et qu'elle estime (comme elle le dit elle-même) essentielles à sa vie que son infirmité lui fait envisager avec crainte.

(2) Elle nous paraît en effet pouvoir se justifier par une conception de l'activité cérébrale et de l'organisation de la personnalité psychique.

lifération idéique spontanée et mécanique ou si elle représente un produit imaginatif qui exprime les tendances, les complexes de la personnalité du sujet à la faveur d'un contrôle insuffisant. Ce contrôle qui nous permet de rester dans les cadres de l'objectivité et de la logique suppose en effet une activité mentale qui s'exerce complètement (fonctions supérieures de la hiérarchie de Janet). La déficience cérébrale interviendrait donc *pour conditionner, mais non pas créer* de toute pièce et dans toute sa structure cette croyance délirante.

Nous pensons que c'est en envisageant selon cette dernière hypothèse les phénomènes comme celui qui nous occupe que l'on risque de se rapprocher le plus de ce qui se passe effectivement.

Nous admettons donc que quelque chose d'anormal, d'extraordinaire s'est passé dans le cerveau de notre malade, mais que ce quelque chose est incapable par lui seul de nous fournir une théorie complète de la croyance délirante.

Comment devons-nous nous représenter ce « fait nouveau » qui a ainsi déterminé le développement délirant ? Pour Bleuler ce qui est primitif et essentiel, c'est un trouble dans l'ordre des associations, une véritable dislocation de la pensée qui permettrait ainsi aux complexes des malades, insuffisamment retenus par le contrôle critique, de se donner libre carrière.

Nous pensons que dans des cas comme celui que nous rapportons la dérivation de la pensée trouve à son origine un processus d'un autre ordre, c'est *l'exaltation affective primaire et diffuse* qui active effectivement la pensée et les tendances de la malade et est interprétée dans un sens délirant, conformément aux complexes de la malade (recherches de compensations — vanité — peut-être aussi sentiments érotiques). Mais il nous semble qu'un mécanisme un peu différent de celui qu'invoque Bleuler intervient ici. Certains signes primitifs (facteurs déterminants) se trouvent conditionner le développement secondaire des croyances déli-

rantes sans coexister avec elles dans le temps. Il semble en effet que l'épisode aigu que nous avons indiqué et qui se prolonge jusqu'à ce que la malade elle-même dise qu'elle a récupéré son intelligence, représente quelque chose d'analogique à ces signes primitifs, mais qui, une fois passés, laissent subsister le développement des croyances absurdes entraînées par leur propre élan mais sous tendues encore par cette excitation intellectuelle qui est si remarquable dans notre observation.

Si nous essayons de nous faire une image du mécanisme du délire dans ce cas de *paraphrénie expansive* (Psychose paranoïde schizophrénique) sa genèse nous paraît liée 1° à un état aigu avec troubles de la conscience, *onirisme et anxiété*; 2° à un état durable *d'exaltation affective*. L'ensemble des idées délirantes (et nous y comprenons les hallucinations psychiques et cénesthésiques de la malade) nous paraît greffé sur ces phénomènes élémentaires et exprimer *les aspirations de la malade selon un mécanisme de compensation* (insatisfaction, complexe d'infériorité, vanité).

Des cas de ce genre nous paraissent différer des *démences paranoïdes vraies* dans lesquelles le mécanisme complexe de Bleuler joue un rôle essentiel et où les signes primitifs sont d'ordre de la *déchéance intellectuelle*, alors que dans notre cas il s'agit surtout de *troubles affectifs*.

La séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances,
P. GUIRAUD, MINKOWSKI.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Demain à Thélème, mondiale épopée. Par le Dr W. NICATI.
(1 vol. in-16 de 215 pages. Editions « Quo Vadis », Marseille, 1930).

Dans ce petit livre, qui est comme l'épilogue et le couronnement de ses études antérieures, dont l'une : *Les opérations cardinales de l'esprit*, a été analysée ici-même en mars 1926, le Dr Nicati s'est proposé d'esquisser, à la lumière de la pensée rabelaisienne, la formation et le développement, à travers les siècles, de l'esprit humain qui, des bas-fonds de la bestialité, s'est élevé progressivement à la hauteur de l'altruisme et à la conception de la charité, grâce à la religion, au sens philosophique du mot, élément de commune discipline dont dépendent les mondes et les civilisations.

Par une fiction qui rappelle la manière de Rabelais lui-même, il suppose qu'à la Faculté de Montpellier, au pied du monument du maître, sous les arbres antiques, les principaux témoins de l'épopée pantagruélique viennent donner des journées — nous dirions, en style plat, des conférences — destinées à préciser, dans l'humaine formation, les cinq phases successives de cette évolution.

Le premier, Epistémon, démontre que la religion est une force créatrice, mère de toute évolution, qui jaillit spontanément des profondeurs de l'esprit humain. Il poursuit sa démonstration à l'aide d'arguments empruntés, les uns à la métaphysique, les autres à la psychologie des primatifs. — Le second, Xénomane, esquisse l'évolution de l'idée religieuse, des premiers hommes aux plus récents adeptes de croyances nouvelles : autoritarisme d'abord arbitraire ;

puis organisé ; ensuite partagé avec le pouvoir laïc ; et enfin hiérarchisé. — En troisième lieu, Eudémon vient exposer les tentatives ébauchées pour échapper, par l'ascétisme, à la servitude qu'impose l'action ; il étudie l'ascèse passive du Bouddhisme pour en arriver à l'ascèse militante qui aboutit à l'altruisme dont saint Benoît fut le grand initiateur. — Et, quatrièmement, voici Ponocrates, tel un professeur d'hygiène mentale, qui démontre qu'après les mythologies, les paganismes et les divers systèmes philosophiques, le monde, devenu romain, était mûr pour les leçons du christianisme, code de discipline civilisatrice, qui a apporté la charité. — Enfin, pour conclure, se présente frère Jean, devenu abbé de Thélème, qui bat le rappel des hommes de bonne volonté et les invite à pénétrer dans la célèbre abbaye dont seront exclus les brahmares au rationalisme impuissant, les émules de Bridoye, sectateurs du dieu hasard, et les disciples d'Hippothadée, apôtres du bon plaisir divin. Seuls entrent à Thélème, refuge d'ordre et de discipline, bastille des âmes altruistes, tous ceux qui ont le désir de s'entr'aider pour la vie et pour la mort et de travailler d'un même esprit à l'œuvre commune.

Ai-je bien rendu la pensée de mon vieil ami ? C'est mon plus cher désir. Puissé-je, du moins, avoir réussi à en faire sentir le curieux symbolisme et la poésie dont le parfum discret de mysticisme ne peut manquer de séduire les imaginations artistes qui liront *Demain à Thélème*.

A. CULLERRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 février 1930

Présentation de deux jaloux, par MM. DUPOUY, CHATAGNON et TRELLES. — Eliminant les amoureux bafoués, les jaloux obsédés constitutionnels, phobiques de l'infidélité conjugale, les auteurs, par l'étude de nombreux exemples et l'analyse de deux cas d'alcoolique jaloux et de présénile jaloux essaient de démontrer que, contrairement à l'opinion généralement admise, ces troubles se rattachent étroitement à la paranoïa. Les alcooliques ou préséniles jaloux sont du même type que le persécuté persécuteur classique. L'alcool ou la sénilité font s'extérioriser plus ou moins soudainement le fonds psychopathique latent.

Troubles de l'utilisation et de l'élimination des corps azotés et hydrocarbonés dans deux cas de psychose involutive post-ménopausique, par MM. CHATAGNON, TRELLES et BALLARIN. — Par deux exemples riches par la multiplicité des troubles, les auteurs insistent sur les caractères et la signification du fonds biologique. Ils opposent à la notion d'infection causale si féconde, celle de la fragilité spéciale des parenchymes, qui ne doit pas être méconnue.

Délire de persécution et tabès, par MM. L. MARCHAND et P. CARRETTE. — Femme de caractère paranoïaque, qui contracte la syphilis à 20 ans ; début des troubles mentaux et du tabès à 42 ans. La malade, qui a des tendances interprétatives, qui est malveillante et méfiante, n'a jamais basé son délire sur les troubles cœnopathiques symptomatiques de son tabès. Ce cas ne rentre donc pas dans le cadre de la psychose interprétative tabétique.

Psychose hallucinatoire encéphalitique, par MM. A. COURTOIS et J. LACAN. — Nouveau cas de psychose hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. Élément onirique important, avec phénomènes visuels, au début des troubles

qui ont coïncidé avec l'apparition d'une insomnie absolue. Interprétation des troubles neurologiques. Absence de conviction délirante vraie. A rapprocher des cas antérieurement publiés à l'étranger et en France.

Encéphalite probable chez un blessé de guerre à présentation pithiatique, par MM. CAPGRAS, POUFFARY et DILLARD. — Blessé de guerre crânio-cérébral, chez lequel on constate l'association de deux ordres de symptômes : les uns pithiatiques, voisins de la simulation, sorte d'instabilité, de maniérisme, de comédie ; les autres organiques et assimilables aux symptômes d'une encéphalite.

Démence précoce atypique. Apparence de simulation, par MM. le Dr CAPGRAS, MM. VILLARD et POUFFARY. — Les auteurs présentent un jeune déséquilibré pervers, atteint de bégaiement et de tremblement atypiques. L'examen du malade, son comportement, et les renseignements donnés par la mère, écartent le diagnostic primitivement posé de démence précoce. Devant ces faits, ils ont pensé à la simulation possible en raison d'un passé chargé de diverses infractions à la loi et condamnations légères. Peut-être le sujet veut-il, par un internement, se mettre à couvert pour plus tard ? Des examens répétés n'ont pas confirmé cette hypothèse et les auteurs se demandent s'il ne s'agirait pas plutôt d'une sur-simulation chez un débile. Ce fut l'opinion admise au cours de la discussion.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

Concours de médecin-chef des asiles de la Seine

Ce concours s'est ouvert à Paris le 10 mars.

Le jury était ainsi composé :

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

Membres : Mlle PASCAL, MM. LEROY, GUIRAUD, TRÉNEL,
LALANNE, GUTARD.

MM. Michaut, sous-directeur des Affaires départementales et Haye, chef du 1^{er} bureau à la Direction de l'Assistance, étaient adjoints au jury, avec voix délibérative pour l'appréciation des titres administratifs.

Les résultats ont été les suivants :

	Titres administ. (Max. 10)	Travaux scient. (Max. 40)	Epreuves clinique orale (Max. 20)	Epreuve clinique médico légale (Max. 30)	Total
Abély P....	7,5	34	19	26	86,5
Benon	8,5	32	16 1/2	24	81
Brisson	10	39	15	26	90
Lautier ...	8,5	32	14	"	"

Le concours s'est terminé par la nomination de M. BRISOT.

Internat des Asiles de la Seine

Ce concours a eu lieu à l'Asile clinique, du 17 au 23 mars 1930.

Sept places avaient été déclarées vacantes, 21 candidats étaient inscrits.

JURY : MM. Truelle, président, Ducosté, Beaudouin, Demay, Barbé, Mauclaire, Rathery.

QUESTIONS SORTIES :

1^o *Pathologie*: a) Sémiologie des albuminuries; b) Symptômes et diagnostic des fractures du rachis.

2^o *Anatomie et physiologie* : Plancher du 4^e ventricule.

3^e Question de garde : Indications et technique de la respiration artificielle.

Ont été nommés : *Internes titulaires* : Vigneron d'Heucqueville ; Mlle Desrombies ; Cailleux ; Rouart ; Mlle Gabrielle ; Mme Bonnafous-Sérieux ; *ex-æquo* : Bobé, Mlle Truche.

Internes provisoires : Mondain ; Belé ; Dreyfus ; Micoud.

Traitemennt des internes des Asiles de la Seine

Le Conseil général de la Seine a prononcé le renvoi à l'administration d'une proposition de M. Georges Prade, portant que le traitement des internes des asiles d'aliénés de la Seine serait porté de 8.000 à 12.000 fr.

XV^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, les lundi 26, mardi 27, mercredi 28 mai 1930

Présidence de M. le Dr DERVIEUX

Vice-présidents : MM. CAVALIÉ, Fribourg-Blanc, Marcel HÉGER

Lundi 26 mai, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal. — Ouverture du Congrès. — Discussion du rapport de MM. Héger-Gilbert, Laignel-Lavastine et de Laet sur la Mort subite.

Lundi 26 mai, à 14 h. 30, à l'Institut médico-légal. — Séance de Communications.

Mardi 27 mai à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal. — Discussion du rapport de MM. Leroy et Muller sur l'Ostéomyélite traumatique.

Mardi 27 mai, à 14 h. 30, à l'Institut médico-légal. — Séance de Communications.

Mercredi 28 mai, à 9 h. 30, à l'Asile clinique Sainte-Anne (1, rue Cabanis). — Discussion du rapport de M. Costedoat sur la Criminalité mystique dans les Sociétés modernes.

Mercredi 28 mai, à 14 h. 30, à l'Intitut médico-légal. — Séance de Communications. — Organisation du prochain Congrès.

Syndicat des médecins légistes français

L'Assemblée générale aura lieu le *mercredi 28 mai*, à 15 h. 30, à l'Institut médico-légal, sous la présidence de M. le Dr Ch. Paul.

**Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale
Henri Rousselle**

Sur la proposition de M. Gratien, le Conseil général de la Seine a prononcé le renvoi à la 3^e Commission de la délibération suivante :

Article premier. — Une somme de un million est attribuée au Centre de psychiatrie et de prophylaxie mentale Henri-Rousselle.

Art. 2. — Cette subvention recevra les affectations suivantes :

- 1^o Assistance à domicile, 400.000 fr.
- 2^o Dépistage des enfants atteints ou suspects de troubles psychopathiques, 60.000 fr.
- 3^o Utilisation du pavillon de la rue d'Alésia pour des examens en série, en vue du dépistage précité, 120.000 fr.
- 4^o Examen des enfants traduits en justice, 30.000 fr.
- 5^o Documentation et enquêtes, 50.000 fr.
- 6^o Attribution de bourses à des travailleurs scientifiques, 30.000 fr.
- 7^o Organisation de consultations prénuptiales, 40.000 fr.
- 8^o Aménagement de chambre d'isolement insonore, 30.000 fr.
- 9^o Aménagement sommaire des cellules du pavillon Magnan, 30.000 fr.
- 10^o Propagande, 60.000 fr.
- 11^o Publication des travaux du service, 30.000 fr.
- 12^o Travaux d'aménagement intérieur, 30.000 fr.
- 13^o Achat de meubles et de matériel pour les divers services de l'hôpital et divers, 20.000 fr.
- 14^o Organisation de consultations extérieures; 70.000 fr.

Asiles d'aliénés de Maréville

L'Office d'hygiène sociale vient d'attribuer une subvention de 600.000 fr. à l'Asile de Maréville, pour construire un pavillon destiné au traitement, en cure libre, des paralytiques généraux par la malariathérapie ; et, en outre, une somme de 15.000 fr. pour le laboratoire de l'Asile.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 40.330

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



Chronique

L'expertise psychiatrique

devant la juridiction criminelle et la défense

sociale contre les anormaux ⁽¹⁾

Des divers rôles sociaux que le médecin peut être appelé à remplir, le plus important est, sans contredit, celui d'auxiliaire de la justice. Combien de qualités sont nécessaires à son parfait accomplissement. A la notion de l'importance de ce rôle et de ses conséquences, l'expert médical devra joindre la connaissance des quelques notions juridiques indispensables, l'aptitude à l'étude patiente et avertie des sujets, une expérience incontestable de la spécialité

(1) Conférence faite à Québec et à Montréal en septembre 1928.

pour laquelle il est expert, la pondération du jugement, au service d'une haute conscience professionnelle et morale.

Au moment où les statistiques criminelles révèlent en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, etc., une augmentation notable de la criminalité, il peut paraître opportun d'étudier les rapports et la collaboration des médecins et des juristes dans la répression de la prophylaxie des délits et des crimes.

La Médecine légale judiciaire comprend la Médecine légale judiciaire civile et la Médecine légale judiciaire criminelle. Dans cette causerie nous nous limiterons aujourd'hui à l'étude du rôle de l'expert psychiatre en Médecine légale criminelle.

Au criminel, ce rôle est rarement simple. Les espèces envisagées sont souvent d'un diagnostic difficile, et leur conclusion d'autant plus délicate qu'en l'absence trop fréquente d'établissements appropriés, aucune solution n'est possible. Le magistrat craint parfois que l'expert ne soit trop indulgent, l'avocat le trouve habituellement trop sévère, le public dit « qu'il voit des fous partout ».

Ne craignons pas de le dire, l'aliéniste ne voit pas de fous partout. D'abord, il ignore le sens de ce mot. Si le public sait, ou paraît savoir, ce qu'est un fou, le psychiatre évite d'employer un mot dont le sens trop vague ne lui dit rien.

« Fou, demi-fou, fou à lier », sont des expressions populaires, mises, pardonnez-moi l'expression, à toutes les sauces, et qui satisfont l'imprécision habituelle à trop d'esprits. Ce n'est pas en les employant qu'on arriverait à déterminer la respon-

sabilité pénale, l'imputabilité, l'intimidabilité, la nocivité, ni à établir le pronostic d'un cas donné.

Il n'est pas niable, cependant, que l'expert soit appelé à voir beaucoup de psychopathes. Il en voit beaucoup, parce que les inculpés qu'on soumet à son examen ont déjà été soupçonnés tels par le magistrat. Il en voit beaucoup, parce que ce n'est pas en vain qu'il a fait de longues et patientes études. L'astronome aussi voit beaucoup d'étoiles. Il en voit beaucoup et les voit mieux que d'autres qui n'ont ni les moyens, ni le temps, ni la technique nécessaires à leur examen. De même l'aliéniste dépistera un symptôme où l'entourage voit un défaut ou bien un vice.

Si l'expert voit beaucoup de psychopathes, cela tient aussi au grand nombre des aliénés méconnus, antérieurement condamnés par les tribunaux pour d'autres délits. Dois-je vous rappeler les travaux de Legrand du Saulle, de Pactet et Colin, de Taty, les statistiques de Paul Garnier et de tant d'autres auteurs. En dehors des hôpitaux d'aliénés, nombreux sont les aliénés véritables qui troublent l'ordre public, la sécurité des personnes, et nécessitent l'intervention répétée de la justice.

Le nombre est considérable d'infractions aux lois commises par des aliénés. J'ai publié en 1913 une statistique dont je me permets de vous indiquer les résultats. Elle montre que, de 1905 inclus à 1909 inclus, en cinq ans, 801 internements furent ordonnés, rien qu'à l'asile Sainte-Anne, à l'occasion d'infractions aux lois, après expertise suivie de non-lieu, ou après condamnation. Il ne s'agit ici que d'aliénés reconnus par la justice ou par l'administration pénitentiaire.

Réfléchissons un instant aux progrès de l'ordre, à la diminution des attentats, des meurtres et des crimes, aux vies épargnées, aux économies réalisées par le traitement opportun et la mise hors d'état de nuire des aliénés évidents qui errent dans nos villes. Je dis bien, aux économies réalisées. Peut-on mettre en parallèle les frais d'hospitalisation, avec des actes dont les conséquences sociales (indemnisations, détériorations, pertes de vie, frais de justice à répétition, etc.), s'ajoutent aux frais d'emprisonnement ou d'hospitalisation auxquels il faut bien se résoudre un jour ?

Recherchant les causes de la méconnaissance de l'aliénation mentale par les tribunaux, Pactet et Colin ont insisté sur quelques-unes d'entre elles. Certaines tiennent aux conditions mêmes dans lesquelles est rendue la justice, à l'audience des flagrants délits par exemple, où l'évidence des faits et la multiplicité des causes ont pour corollaire nécessaire, une rapidité indispensable. C'est là qu'un dément avancé, avouant un acte dont il ne peut plus comprendre la portée, passera pour répondre cyniquement aux questions posées. L'absence trop fréquente d'expertise dans des cas qui en comporteraient est aussi une cause fréquente de méconnaissance des troubles de l'esprit.

Au nombre de ces causes peuvent être également incriminées les erreurs de l'expert, obligé de faire son examen trop rapidement et dans de mauvaises conditions, ou ne présentant pas toute la compétence désirable. Il y a peu de temps encore, la médecine mentale était considérée comme l'apanage des médecins psychologues, vivant à l'écart, au milieu de leurs malades. Depuis que la médecine

mentale a conquis droit de cité, depuis que la Société a senti pour sa protection et pour son avenir le besoin des directives de la psychiatrie, les Universités de tous pays ont mis en bonne place à leur programme l'enseignement de la médecine mentale et ont institué des stages obligatoires dans les hôpitaux spécialisés.

A-t-on ainsi fait assez ? Loin de moi la pensée qu'un stage de quelques mois puisse suffire à apprendre la psychiatrie. Mais il est suffisant pour enseigner à des médecins non spécialisés les éléments de cette science, les techniques d'examen des malades, la prudence dans l'appréciation des faits, l'existence de problèmes ignorés.

Il est remarquable de constater que, bien souvent, le public a son siège rapidement établi là où l'aliéniste, après des examens répétés, juge nécessaire de continuer l'observation de l'inculpé. Tant il est vrai que dans la recherche de la vérité, plus de science fait naître plus de problèmes.

**

La Science criminelle comprend le Droit criminel et la Sociologie criminelle.

Le *Droit criminel*, ou *Droit pénal*, se compose de l'ensemble des dispositions légales qui règlementent dans un pays l'exercice du droit social de punir. Avec le Droit constitutionnel et le Droit administratif, le Droit criminel est une des branches du Droit public. Le crime et la peine y sont considérés comme des phénomènes juridiques au point de vue du rapport des hommes entre eux.

La Sociologie criminelle considère le crime

comme un phénomène biologique et social, et la peine comme une fonction défensive de la société. Elle étudie les criminels, recherche les causes qui produisent le crime et s'attache à dégager de ces études l'indication des moyens de diminuer la criminalité.

Sans étudier ici, à propos du criminel, les travaux de l'école anthropologique, je rappellerai simplement les noms de Lombroso, de Ferri, de Garofalo, de Lacassagne. La classification en délinquants nés, délinquants d'habitude, délinquants d'occasion, délinquants par passion, aliénés, comporte bien des faiblesses. On n'admet guère aujourd'hui l'existence de véritables types criminels mais la nécessité d'étudier, de différencier, de grouper les délinquants, a fait naître de nombreux travaux.

Au point de vue juridique, on peut classer les délinquants en *délinquants primaires* ou *d'occasion*, délinquants accidentels pour lesquels la peine doit être à la fois une mesure d'intimidation et un moyen de relèvement, *délinquants de profession* ou *d'habitude* pour lesquels la peine est une mesure de défense et, au besoin d'élimination ; *délinquants anormaux* ou *défectueux*, ceux surtout que nous avons en vue et auxquels convient un régime spécial de préservation ayant avant tout pour but au point de vue juridique, de les mettre hors d'état de nuire.

A côté de ces facteurs anthropologiques ou individuels l'Ecole Sociologique met en lumière l'importance des *facteurs physiques* ou *naturels* et des *facteurs sociaux* (influence du milieu, de la foule, développement du bien-être, de l'instruction, de

l'éducation, de la moralité). Ceci est du ressort de la politique économique et sociale.

Dans l'étude du *facteur criminel individuel*, on aperçoit d'emblée l'importance de la recherche des troubles mentaux et de leur retentissement sur les actes du sujet. C'est l'évidence même lorsqu'on se trouve en présence de délinquants anormaux ou défectueux. On peut également rencontrer des tares ou des défaillances psychopathiques dans les deux autres catégories de délits ou de crimes, délinquants d'occasion et délinquants d'habitude.

L'étude de l'état mental sera faite par les experts psychiatres lorsqu'ils seront commis à cet effet par les tribunaux. Le fonctionnement de l'*expertise* varie suivant les pays. Pour vous exposer les règles générales concernant l'*expertise*, et éviter la confusion, il est nécessaire de choisir un type. Ce sera, si vous le voulez bien, l'*expertise* psychiatrique criminelle telle qu'elle se pratique en France.

Une expertise peut être ordonnée à l'occasion d'une *infraction aux lois*. Aux termes du Code de Brumaire an IV : « faire ce que défendent, ne pas faire ce qu'ordonnent les lois qui ont pour objet le maintien de l'ordre social et de la tranquillité publique, est une infraction. »

Ainsi qu'il ressort de l'Article 1 du Code pénal français, l'*infraction que les lois punissent de peines de police*, est une contravention.

L'*infraction que les lois punissent de peines correctionnelles* est un délit.

L'*infraction que les lois punissent d'une peine afflictive ou infamante* est un crime.

Par ordre de gravité croissante, les Tribunaux

de simple police ont à connaître des contraventions, les Tribunaux correctionnels, des délits, et les Cours d'Assises, des crimes. Je laisse ici intentionnellement de côté les tribunaux militaires.

Un expert est désigné pour examiner l'état mental d'un inculpé en vertu de l'article 64 du Code Pénal ainsi conçu : « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il y a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. » Une première remarque s'impose sur laquelle je devrai revenir plus loin. Le mot démence n'est pas pris ici dans son sens médical très restreint d'affaiblissement acquis des facultés intellectuelles, mais dans le sens très large et imprécis de troubles mentaux. L'usage a prévalu, afin d'éviter toute confusion, de déclarer le sujet en état de démence « aux termes de l'article 64 du Code Pénal ».

L'expertise psychiatrique criminelle n'est qu'un cas particulier de l'expertise judiciaire. Au cours de l'administration de la justice, lorsque les juges estiment avoir besoin d'être éclairés sur les faits ou sur des questions qu'ils ne peuvent connaître par eux-mêmes, ils confient à des experts (expérimentés et spécialistes) la mission de leur donner des éléments nécessaires à la décision.

Les experts sont donc des hommes versés dans la connaissance d'une science, d'un art, d'un commerce, d'un métier, choisis comme auxiliaires de la justice. Ils remettent dans un rapport écrit l'exposé de leurs travaux, de leurs recherches, de leurs calculs, de leurs évaluations, de leurs constats, et de leur avis. L'expertise est une voie d'instruction commune à toutes les juridictions. Le juge n'est

d'ailleurs nullement lié par le rapport de l'expert et n'est pas obligé de suivre son avis.

En France, en matière criminelle, le médecin-expert doit, sauf cas de flagrant délit, être choisi sur les listes spéciales établies conformément au décret du 21 novembre 1893. Je vais vous en indiquer les dispositions.

Il n'est qu'un cas dans lequel le médecin n'est pas libre de refuser une expertise, c'est lorsqu'il est commis en cas de flagrant délit.

Dans tous les autres cas, son devoir est de n'accepter la mission proposée que lorsqu'il se sent capable de la remplir. Il doit l'exercer avec impartialité, n'être pas défrayé par les parties, n'accepter d'elles aucun présent. Ces quelques mots suffisent à caractériser la différence des règles de l'expertise en France et des coutumes qui règnent en d'autres pays. En France, les listes d'experts-médecins sont établies au commencement de chaque année judiciaire, et dans le mois qui suit la rentrée, par les Cours d'appel, en Chambre du Conseil, le Procureur Général entendu, d'après les propositions des Tribunaux de première instance du ressort. Sur ces listes ne figurent qu'un nombre limité de médecins. Ils y sont inscrits après étude par une commission, de leurs titres scientifiques, après enquête judiciaire de moralité, et après un minimum de cinq ans d'exercice de la médecine.

Quelle que soit l'opinion que l'on puisse avoir sur le mode d'établissement de ces listes et l'utilité de les allonger, je ne pense pas qu'une autre procédure puisse donner plus de garanties à la justice. Ne demandent leur inscription sur la liste que les médecins qui désirent remplir les fonctions

d'expert. Ils se soumettent ainsi volontairement à l'enquête et à l'examen de leurs titres. Ils savent d'ailleurs que, même satisfaisant aux conditions requises, ils ne seront inscrits sur la liste qu'au cas de places vacantes.

Mais, au cours de l'expertise, complètement indépendants, jamais désignés par l'inculpé ni par ses avocats, honorés par le tribunal et jamais directement par l'inculpé, ils sont, pour la justice, des auxiliaires préparés à l'éclairer impartialément. Dans le cas contraire, lorsque l'inculpé et son avocat désignent eux-mêmes le médecin chargé de faire l'examen, même si ce choix est appelé à donner toutes garanties de savoir et d'honnêteté, il n'en reste pas moins que le médecin ainsi choisi est appelé à faire tout ce qui, du point de vue médical, peut être soutenu en faveur de son client. Son rôle n'est autre que celui d'un avocat. Or, n'est-ce pas à l'avocat plus qu'à l'expert à faire valoir, ce qui, dans le rapport déposé, peut-être retenu en faveur de son client ? Et cela même dans le cas de conclusion négative de l'expert. Tout différent estime-t-on en France le rôle de l'expert dont l'objectivité scientifique peut seule être l'auxiliaire de l'impartialité de la Justice.

Les experts fonctionnent donc, tantôt comme des magistrats chargés temporairement d'un ministère de service public, tantôt comme des témoins, venant déposer à l'audience et y exposer leurs conclusions. Ils sont protégés par la loi contre les diffamations, les injures, les violences et les voies de fait dont ils pourraient être l'objet dans l'accomplissement ou à l'occasion de leur mission (article 224 du Code Pénal.)

Ils peuvent également être punis pour refus de dépôt de rapport ou retard dans le dépôt de ce rapport s'il y a de leur part négligence, mauvaise foi, ou *accord avec les parties*. Ils peuvent même être condamnés à des dommages et intérêts. Leur responsabilité ne serait pas engagée pour des erreurs de fait ou des inexacititudes de bonne foi. Elle le serait par des fautes lourdes dans l'accomplissement de leur mission.

L'expertise pénale, que nous avons particulièrement en vue, peut être ordonnée par les Tribunaux correctionnels et par les Cours d'assises, dans tous les cas où l'action publique est directement exercée par le ministère public. L'action publique est celle qui appartient à la société pour le maintien de l'ordre et la poursuite de tout fait auquel la loi attache une peine.

En cas de flagrant délit seulement, cette expertise peut être ordonnée par les magistrats du parquet. Dans les autres cas, elle est ordonnée par les juges d'instruction, les juges de paix, les tribunaux répressifs de tous les degrés, les Cours d'assises et les présidents de Cours d'assises.

Les experts sont désignés par les magistrats qui ont ordonné l'expertise. Ils peuvent être en nombre variable, habituellement de 1 à 3. Ils sont choisis sur la liste établie au début de l'année judiciaire, au besoin sur la liste des experts près un autre tribunal. En matière criminelle ils ne sont pas récusables.

Sous peine de nullité du jugement à intervenir, les experts doivent prêter serment avant le commencement de leurs opérations et lors du témoignage. Ils ne peuvent en être dispensés.

Intentionnellement, j'abrège l'exposé de ces dispositions légales pour passer très rapidement en vue les opérations de l'expertise.

Je dois cependant vous signaler qu'un *projet de loi sur l'expertise*, toujours pendant devant le Sénat, a été voté par la Chambre des Députés le 30 juin 1899.

Connu sous le nom de projet de loi Jean Cruppi sur l'Expertise Contradictoire il consacre ce principe.

ART. 6. — Il ne peut être procédé aux opérations par un seul expert que dans le cas où l'inculpé renonce formellement à *l'expertise contradictoire* et accepte l'expert désigné par le juge. Sinon l'inculpé peut choisir un autre expert, mais toujours sur la liste officielle.

En cas de désaccord ces deux experts désignent un tiers expert (ART. 8).

Ce projet traite aussi du mode de recrutement des experts, fait intervenir les Universités pour les propositions. Par une disposition additionnelle à l'article 11, la Chambre des Députés demandait la réorganisation dans les Universités de l'enseignement pratique de la médecine légale. Elle montrait ainsi le grand intérêt attaché par le législateur à cette question d'une importance primordiale.

Les *opérations des experts*, opérations auxquelles le juge peut assister, doivent porter sur tous les faits dont la vérification peut avoir été ordonnée ou sur lesquels leur avis est demandé. Ils peuvent recueillir des renseignements de la bouche des personnes pouvant les éclairer sur les questions qui leur sont soumises.

L'expert remet entre les mains de l'autorité qui l'a commis un *rapport écrit* dans lequel il indique le nom de l'affaire, l'autorité qui lui a confié le mandat, la date de la décision qui l'a commis, l'objet de la mission, les faits recueillis, les vérifications obtenues. Il énonce d'une façon détaillée et minutieuse ce qu'il a vu et observé, l'étude soigneuse de la vie antérieure du sujet et de ses antécédents héréditaires, s'appliquant à ne négliger aucune des circonstances de nature à servir soit à charge soit à décharge. Il fait l'exposé de l'état mental et de l'état physique, au temps de l'action et après l'action, et recherche attentivement les signes organiques de lésion du système nerveux. Il formule enfin son avis sur toutes les questions qui lui sont posées, en motivant ses conclusions dans le corps du rapport.

Quelles sont habituellement les questions posées à l'expert ? En France, le juge lui demande généralement : 1° si l'inculpé jouit de la plénitude de ses facultés mentales, formule assez défective qui tend à motiver l'examen de l'état mental ; 2° l'influence possible d'un état mental pathologique sur l'acte incriminé ; 3° la responsabilité du sujet.

Cette question de la *responsabilité* a fait couler et fera couler encore beaucoup d'encre. Les conditions dans lesquelles elle est posée, les conséquences auxquelles elle aboutit trop souvent en sont, à vrai dire, responsables.

En effet, on a tendance parfois à l'oublier, il ne s'agit pas ici de responsabilité morale mais de responsabilité pénale. Ainsi que le dit excellentement Garraud dans son *Précis de Droit Criminel*, ce que la Société punit ce n'est pas l'acte immoral,

mais l'acte nuisible, ce qu'elle frappe ce n'est pas un coupable, mais un antisocial. La responsabilité pénale de l'individu n'est engagée que lorsque le fait lui est imputable, et à condition qu'il ait commis une faute (*culpa*), qu'il soit coupable.

L'imputabilité, la responsabilité, la culpabilité sont trois notions qui se complètent.

L'imputabilité nécessite le discernement et la volonté ; le discernement est l'intelligence nécessaire à l'appréciation de l'importance légale de l'acte, c'est la *libertas judicii*, la volonté, pour se décider à le commettre, c'est la *libertas concilii*.

Aussi a-t-on considéré, en dehors de toute tare pathologique, trois *âges* différents de la responsabilité pénale : l'enfance, l'adolescence, l'âge adulte. L'enfant, certainement inconscient, l'adolescent à imputabilité douteuse, l'adulte dont le discernement est réputé suffisant. Contrairement à la loi allemande (qui établissait ainsi cette distinction : moins de 12 ans, de 12 à 18 ans, âge adulte), la loi française n'admettait que deux distinctions à cause de la difficulté de fixer le premier âge : 1° les mineurs de 16 ans, présumés irresponsables, et pour lesquels la preuve devait être apportée qu'ils avaient agi avec discernement ; 2° les adultes présumés coupables et pour lesquels la preuve doit être apportée qu'ils ont agi sans discernement.

La loi du 22 juillet 1912, sur les tribunaux pour enfants et adolescents, entrée en application le 4 mars 1914, a posé ce principe fort sage qu'aucun mineur au-dessous de 13 ans ne peut être pénallement responsable et qu'il n'est pas justiciable des juridictions de droit commun. La question de discernement ne se pose pas pour lui.

Les mineurs de 13 à 18 ans continuent, au contraire, à être justiciables des tribunaux devant lesquels se posera la question de discernement. Ce sont donc tantôt des coupables qu'il faut punir, tantôt des enfants qu'il faut élever.

Faisons remarquer en passant que la majorité pénale est antérieure à la majorité civile, parce que la loi pénale ne fait intervenir que la connaissance du bien et du mal. La compréhension de la loi civile au contraire exige des notions multiples. Il y a là la différence du juste à l'utile.

Dans l'appréciation de ces questions, l'expert tiendra compte aussi de l'influence de l'éducation et du milieu. Il faut malheureusement constater ici que si, à cause de la suggestibilité, de l'imitation, l'enfant est très sensible aux mauvaises influences familiales et éducatives, il ne faudrait pas croire trop aveuglément à l'influence certaine d'un milieu favorable sur de mauvaises tendances constitutionnelles. Trop souvent les efforts les plus louables, et l'entourage le meilleur, aboutissent à une constatation d'impuissance en présence de perversions morales constitutionnelles définitives.

L'expert n'apportera pas une moindre attention aux manifestations de la période pubérale. Sous l'influence de l'évolution sexuelle, des troubles transitoires peuvent se manifester sous forme d'états névropathiques, d'états passionnels, de crises d'angoisse, d'impulsions épisodiques, de perversions sexuelles etc...

Mais, c'est vraiment chez l'adulte que se pose dans toute son ampleur la question de la *responsabilité pénale*.

On a voulu faire remarquer que la responsabilité pénale ne pouvant s'appliquer qu'aux conséquences d'un acte volontaire, posait la question du déterminisme et du libre arbitre. Le Code pénal, sans en parler jamais, présume partout à juste titre le libre arbitre. Il suppose aussi l'existence d'un « homme normal ». Ce sont là, a-t-on ajouté, deux notions hypothétiques.

Le regretté Professeur Grasset, de Montpellier, a fort bien fait comprendre qu'il faut avant tout distinguer le problème philosophique du problème physiopathologique de la responsabilité. Matérialistes ou spiritualistes, écrit Grasset, déterministes ou partisans du libre arbitre, peuvent concevoir une responsabilité médicale. Tous admettent dans l'acte le rôle du système nerveux, rôle important et indiscutable pour ceux-là mêmes, dit Grasset, qui ne sauraient mettre en doute l'existence d'un principe immatériel. L'état de responsabilité se ramène ainsi à l'état de normalité physiologique et psychologique, critère en dernière analyse de la responsabilité pénale. Ne demandez pas autre chose au médecin expert.

Pour les déterministes, cet état se caractérisera par la capacité de subir, à la façon des autres hommes l'influence des motifs ordinaires qui régissent la conduite et les actions humaines.

Pour les artisans du libre arbitre, l'homme anormal par trouble pathologique du cerveau est devenu étranger au mécanisme psychologique ordinaire, n'est plus lui (aliénus). Il est aliéné.

Ce que le médecin doit examiner, c'est le rôle du système nerveux dans la volition et dans l'acte.

L'individu responsable, ajoute Grasset, est celui qui a des centres nerveux sains, en état de juger sainement la valeur comparée des divers mobiles et motifs. C'est le rôle du médecin spécialiste d'étudier l'état du système nerveux du sujet.

Cet examen a sa source dans l'article 64 du Code Pénal, dont je rappelle ici le texte : « *Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.* »

Ainsi que je vous l'ai signalé tout à l'heure, le mot démence n'est pas pris ici dans son sens médical d'affaiblissement intellectuel acquis, mais dans le sens plus général de trouble de l'esprit (mens). Le Code pénal allemand, de même que le Code pénal italien et le Code pénal hollandais, indiquent plus explicitement que l'état d'altération des facultés mentales est une cause de non culpabilité. Je vous parlerai tout à l'heure de la nouvelle loi belge.

Cet article 64 s'applique à toutes les infractions, qu'il s'agisse de crimes, de délits ou de simples contraventions. L'irresponsabilité pénale est, en somme, le pendant de l'incapacité civile.

Lorsque l'état de démence est constaté au cours de l'instruction, il suspend les poursuites. Lorsqu'il est constaté seulement après condamnation du sujet, il suspend l'application de la peine. Réserve faite cependant pour la peine pécuniaire. Toutefois, la contrainte par corps ne saurait non plus être appliquée.

Une remarque s'impose, le Code pénal ne prévoit

aucun intermédiaire entre la santé psychique et la « démence ». Cette lacune se trouve comblée par le juge, nous verrons plus loin comment, à l'occasion de l'application de la peine.

Il est d'ailleurs des états autres que la « démence », non prévus par la loi, et qui peuvent avoir altéré l'état intellectuel du prévenu.

La *surdi-mutité*, par exemple, n'est pas une cause d'irresponsabilité. Elle peut cependant être considérée dans certains cas comme un motif suffisant pour atténuer la responsabilité du sujet. Le Code allemand admet dans ce cas qu'une question supplémentaire soit posée sur la notion de pénalité.

L'interrogatoire d'un sourd-muet, à fortiori l'examen de son état intellectuel, présentent souvent de grandes difficultés. Lorsque le sourd-muet n'a pu recevoir aucune instruction soit par suite des circonstances, soit par suite de son incapacité, il vit retranché de la vie sociale ordinaire, dans un état qu'on a pu, dans certain cas, comparer à l'idiotie.

Même instruit, sa surdité crée trop souvent en lui un état d'esprit spécial où la méfiance, la tendance aux interprétations peuvent déterminer des réactions franchement pathologiques.

La surdi-mutité pose au psychiatre une autre question, celle de la simulation, non seulement simulation de troubles mentaux, question habituelle à l'expert, mais simulation de la surdi-mutité elle-même. Ce n'est pas ici le lieu de l'étudier, il me suffit de la signaler au passage. Entre autres, les épreuves du diapason, de l'ébranlement du sol, de la chloroformisation, de la colère, viendront le

plus souvent à bout de la surdi-mutité simulée, après élimination du diagnostic de mutisme involontaire ou volontaire.

Une autre question peut se présenter dans des conditions parfois plus délicates qu'il n'apparaît à un premier examen : celle de l'*ivresse*. L'*ivresse* est punissable en soi, c'est l'évidence même. En France, cela ressort de la Loi du 23 janvier 1873. Il y a pourtant des cas d'interprétation complexe.

Permettez-moi de vous donner en exemple un cas que j'ai publié, il y a une vingtaine d'années, en collaboration avec mon regretté Maître Dupré :

Un jeune homme de 19 ans, est amené au cours d'une nuit de juillet à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, en pleine ivresse délirante. Muni d'un grand couteau à l'usage des bouchers, il venait de déclarer à l'agent de service, quai des Tournelles, avoir tué dans sa chambre six Prussiens. Il priait qu'on l'accompagnât pour achever le massacre. Cet accès d'*ivresse* délirante hallucinatoire épisodique, amnésique, avait été déterminé dans des conditions curieuses.

Sobre, travailleur, mais alors sans place, déprimé, songeant au suicide, ce jeune homme, garçon charcutier, avait acheté le couteau dont il était armé à des garçons bouchers rencontrés par lui dans un café. Par surprise, ceux-ci avaient versé plusieurs verres de rhum dans le verre de bière qu'il se préparait à boire. Préoccupé, le jeune homme but brusquement ce verre de bière au moment où il se levait pour s'en aller. Surpris par le goût alcoolique de la boisson, il s'arrêta et cracha ce qui lui restait dans la bouche. Quelques instants après, alors qu'il se trouvait sur un banc de l'Esplanade

des Invalides, il fut pris de vertiges, d'éblouissements, de céphalée, et perdit à partir de ce moment conscience de ses actes. C'est là un type net et pur d'ivresse délirante transitoire involontaire, dégagé de toute intoxication chronique.

Bien qu'involontaire, l'ivresse peut entraîner des désordres graves de l'esprit, des réactions pathologiques délictueuses et criminelles. Dans ces cas, il semble légitime qu'aucune répression directe ne soit faite des actes pathologiques secondaires à une intoxication dont le sujet a été la victime et dont il ne saurait être tenu comme responsable pénalement. L'ivresse fortuite, qui n'est ni voulue ni prévue, ne peut donc être reprochée à l'agent qui ignore l'altération ou la force toxique de la boisson qu'il absorbe. Il ne saurait donc, dans ces conditions, y avoir culpabilité. L'article 64 du Code pénal est entièrement applicable (Vidal, *Traité de Droit Criminel*). Il n'en est pas de même de la responsabilité civile du sujet. Celle-ci est engagée seule. Le sujet est responsable civilement comme dans les cas d'actes attribuables à la négligence ou à l'imprévoyance.

Il est d'autres cas où l'ivresse, non seulement tient uniquement au sujet lui-même, mais encore a été volontairement prémeditée par lui en vue de l'accomplissement d'un acte délictueux ou criminel. De toute évidence, elle ne pourra être considérée alors que comme une circonstance aggravante.

Malgré le temps qui fuit, je me suis laissé aller à vous donner cet exemple. En est-il de plus net pour démontrer la complexité des problèmes médicaux-légaux, l'intrication dans les décisions à prendre des directives de la pathologie mentale et

des nécessités juridiques. Si le médecin se doit de demander au juriste la distinction des délits ordinaires des actes pathologiques, n'a-t-il pas aussi le devoir de tenter de prévoir les conséquences juridiques et sociales des mesures que son observation et sa connaissance des malades l'engagent à réclamer.

La seconde partie de l'article 64 du Code pénal a trait aux sujets contraints par une *faute* à laquelle ils n'ont pu résister. C'est celle qui paraît ne pas devoir être du ressort du psychiatre. Et pourtant ! Si l'on excepte la contrainte physique, et si l'on se limite à la contrainte morale, quelle matière à études et à discussions. L'état de nécessité qui résulte de la participation aux actes d'une foule apeurée, pose le problème de la psychologie des foules. Le vol d'aliments ou de vêtements par extrême misère lorsque se pose à l'individu l'alternative de voler ou de mourir, figure dans ce chapitre, de même que certains actes de naufragés dénués de tout. Mais l'influence des passions, de la crainte, de la colère, nous ramène à l'étude de l'anxiété et des colères pathologiques. « *Ira furor brevis est* », a dit Horace. La colère est souvent davantage qu'une courte folie. Combien de psychoses au début sont responsables d'irritabilité, de colères impulsives et violentes, dont seul l'examen neuro-psychiatrique démontrera la base organique ou fonctionnelle. De combien de démences, de paralysies générales, d'accès maniaques francs ou symptomatiques, d'épisodes épileptiques, etc., etc., la colère n'est-elle pas le premier symptôme apparent ? Combien de drames a pu causer l'anxiété de mélancoliques ou de délirants !

Une question des plus importantes est celle que posent, à propos de la contrainte, la suggestion criminelle et l'hypnose. L'hypnose, qui fut longtemps au premier plan de ces problèmes, a bien perdu de son importance, depuis que furent mises en lumière tant de supercheries. Mais la suggestion criminelle nécessite l'examen médico-légal dans tant de cas où peut être mise en évidence la suggestibilité pathologique des débiles, des imbéciles, des déments précoces. Comme l'a dit Malebranche (1) « ne voir que par les yeux d'autrui à proprement parler, c'est ne rien voir ».

Vous le voyez, Messieurs, la loi a prévu ces cas. Ainsi que l'écrit Garraud « la loi pénale ne demande pas d'héroïsme » et il se trouve que la jurisprudence a spontanément rangé dans la contrainte, parmi d'autres situations, certaines espèces que vous, médecins-légistes, feriez déjà entrer non seulement dans la seconde, mais dans la première partie de l'Art. 64 du Code pénal.

Dans les cas, d'ailleurs, où une contrainte s'est exercée, insuffisante pourtant à supprimer la culpabilité, la jurisprudence applique, non l'article 64, inopérant, mais l'article 463 qui admet les circonstances atténuantes, attestant le souci exprimé par Garraud de « juger humainement les choses humaines ».

En faut-il davantage pour montrer comment, par des chemins différents, le juriste et le psychiatre, poursuivant les mêmes fins, se rencontrent souvent au même point ? Les sujets sont les mêmes,

(1) MALEBRANCHE. — *Recherche de la Vérité*. Livre II, 2^e partie, Chap. III.

les difficultés sont communes, égal est le sentiment de leur devoir social. En faisant leur éducation réciproque ils obtiendront les résultats les plus sûrs pour sauvegarder la protection sociale et réaliser leur commun idéal de justice.

A propos des circonstances atténuantes, il nous faut revenir sur cette question de responsabilité que pose au médecin expert, le magistrat qui l'a commis. Et tout d'abord le médecin est-il compétent pour apprécier même la responsabilité pénale ? La question a été controversée. Gilbert Ballet, par exemple, dans son rapport au Congrès de Genève, en 1907, a soutenu que les médecins experts ne devraient pas répondre, quand elle leur est posée, à cette question qui n'est pas de leur ressort, mais du domaine des juges. S'en tenant aux termes de l'article 64 du Code pénal, ils devraient renoncer à employer les mots de responsabilité, irresponsabilité, responsabilité atténuée.

Grasset, Mairet, Régis, Vallon, furent d'un avis opposé. L'opinion de Gilbert Ballet avait pour but d'éliminer des questions médico-légales le problème de la responsabilité et les inconvénients des conséquences pénales de la responsabilité atténuée. Grasset, nous l'avons dit, a fait justice de la crainte exprimée tout d'abord par Gilbert Ballet, en montrant que la responsabilité médicale ou physiologique n'est autre qu'un corollaire du diagnostic. On aperçoit vraiment peu d'inconvénients à se servir des mots responsabilité et irresponsabilité s'ils sont bien définis et si l'on n'aborde pas le problème philosophique et religieux de la responsabilité, qui reste bien au-dessus de la question.

Le magistrat, d'autre part, est en droit de poser à

l'expert telle question qu'il estime pouvoir contribuer à l'éclairer. Il n'est pas vraisemblable que l'application du Code ni les nécessités de l'instruction l'amènent à poser à l'expert un problème d'ordre philosophique ou religieux.

Où les difficultés commencent c'est dans l'appréciation de la responsabilité atténuée. C'est le point sur lequel insistait surtout Gilbert Ballet dans son rapport au Congrès de Genève-Lausanne (1907).

La responsabilité aboutit à la condamnation. L'irresponsabilité, à moins qu'une guérison n'intervienne au cours de l'instruction, mène le sujet à l'hôpital d'aliénés. Les solutions sont simples là où l'expert est catégorique, quand le magistrat n'a pas de raisons de négliger son avis ou de demander une contre-expertise.

Aussi Anglade, se refusant à conclure à la responsabilité atténuée, conseillait-il de conclure à la responsabilité dans tous les cas où l'internement n'est pas justifié. Cette solution catégorique peut satisfaire l'esprit. Il faut bien reconnaître qu'elle n'est pas toujours adaptable à la réalité des faits et des situations. L'internement dans un hôpital d'aliénés ne saurait s'appliquer à tous les psychopathes et ce n'est pas toujours au cours des psychoses les plus avancées que se rencontrent les actes pathologiques médico-légaux, bien au contraire. La période de début de la paralysie générale a été nommée par Legrand du Saulle « période médico-légale ».

Ce que l'on peut reprocher à la pratique de la responsabilité atténuée, c'est d'abord l'imprécision générale de ce terme et son caractère peu médical, c'est aussi le nombre considérable de délinquants

auquel il se trouve appliqué, ce sont enfin, et surtout, les conclusions juridiques regrettables auxquelles il conduit.

Actuellement, l'atténuation de la responsabilité a comme conséquence légale l'atténuation de la peine. Cette pratique courante, en l'absence surtout d'établissements spéciaux, aboutit à un non-sens lorsqu'elle s'applique à des sujets que leur déséquilibre rend particulièrement dangereux pour la sécurité publique.

Pour Dupré, la mission médicale de l'expert devrait comporter comme conclusion de son rapport écrit un diagnostic, un pronostic et l'indication du traitement. Le diagnostic établirait en même temps que l'étude de l'état mental le rôle des troubles psychiques dans la perpétration de l'acte. Le pronostic indiquerait le degré de faillibilité du sujet. Le traitement conseillé donnerait l'indication des mesures de protection utiles à l'individu et à la société.

Cette façon de faire assurerait l'accomplissement sans lacunes du rôle médical. Elle révèle également le souci de ne pas voir la justice proportionner la peine à la responsabilité, mais au péril que le criminel fait courir à la collectivité. Assurant la défense sociale, elle tient cependant compte des indications médicales et thérapeutiques.

J'ajoute personnellement que le degré de faillibilité ne devrait être déterminé qu'en tenant compte de la double influence présumée sur le sujet, de l'intimidation d'une part, du traitement individuel médico-pédagogique d'autre part.

Ainsi serait réalisée une véritable thérapeutique associée à une prophylaxie sociale effective. Ce

résultat n'est possible que si le législateur organise les moyens divers de défense sociale appropriés aux différentes catégories de psychopathes. Il n'est possible que si le juge possède le droit et a le devoir d'individualiser l'application de la loi par le choix qualificatif du procédé de défense sociale à opposer au délit. Il serait pour cela tenu compte de la nature du criminel et de l'action de la peine sur le délinquant.

Ces considérations mettent en lumière l'importance des indications fournies par l'expert.

La peine a un double but :

Prévenir les actions mauvaises, servir de contre-poids aux tendances antisociales ;

Consolider chez ceux qu'elle atteint, et chez les honnêtes gens, les idées de justice et de moralité.

Atteint-elle toujours son but chez les infirmes psychiques inadaptables et insociables ? Qui pourrait le soutenir ? Pour eux et pour la société que de dangers dans les errements actuels ! La condamnation à la prison n'est qu'une solution temporaire et met ces sujets dans le milieu le plus défavorable pour l'avenir.

L'irresponsabilité sans internement devient un gage d'impunité. L'irresponsabilité suivie d'internement aboutit souvent à un séjour trop court à l'asile, le médecin devant demander la sortie des malades internés dès qu'ils ne présentent plus de troubles mentaux. A l'asile, ces malades, par leur exemple, les désordres dont ils sont la cause, les mutineries qu'on les voit parfois organiser, leur sortie précoce, sont causes de troubles pour les autres malades et restent souvent un danger social.

La responsabilité atténuée aboutit à l'atténuation de la peine. Les courtes peines vont à l'encontre de la défense sociale lorsqu'elles visent des déséquilibrés dangereux et récidivistes. C'est un procédé déplorable pour eux, dangereux pour la société.

La place de ces dégénérés, plus infirmes que malades, déclarés irresponsables ou de responsabilité atténuée, n'est ni à l'asile, ni à la prison, qui se les renvoient parfois et avec le même insuccès, mais dans des établissements spéciaux, asiles de sûreté pour psychopathes dangereux.

Dès 1906, dans ma thèse de doctorat sur les Empoisonneuses, j'arrivais à cette conclusion. Réclamés par tous les aliénistes, en particulier par Brierre de Boismont, Legrand du Saulle, Motet, Garnier, de tels établissements ne sont représentés, en France, que par le service d'aliénés dangereux organisé à l'asile de Villejuif par le département de la Seine.

La province de Québec, dont les progrès en matière d'assistance neuro-psychiatrique sont d'une rapidité si remarquable, progrès auxquels je suis heureux de rendre hommage, a récemment organisé et annexé à la prison de Bordeaux, sous la direction du docteur Plouffe, un service spécial pour psychopathes délinquants ou dangereux.

On peut facilement apercevoir qu'une telle façon d'envisager la question sociale aboutit à une protection plus efficace et n'amène nul énervement de la répression. Dans ces établissements peuvent prendre place les aliénés susceptibles d'être dangereux, qu'ils aient ou non été condamnés ou inculpés.

Les mesures préventives ne doivent-elles pas

avoir le pas sur les mesures répressives, en un temps où les améliorations sociales, en particulier la prophylaxie mentale et morale, sont au premier rang des préoccupations ?

En l'absence de mesures appropriées, le mieux est donc, chaque fois que cela est possible, de conclure à la responsabilité ou à l'irresponsabilité du sujet. Il est pourtant des cas où une faiblesse pathologique met le sujet en état d'infériorité psychique sans que l'irresponsabilité totale en résulte évidente. Il est des sujets qui jugent imparfairement leurs actes ou n'en apprécient pas nettement les conséquences. Tenant compte alors des éléments juridiques que sont le discernement et la volonté, l'expert sera donc obligé de conclure à l'atténuation de la responsabilité.

Il en indiquera les raisons que le juge appréciera dans la mesure où les lois en vigueur le lui permettront.

Ces questions dont nous discutons depuis si longtemps paraissent bien près du passé.

Si longtemps qu'il ait été déjà, si fastidieux qu'il ait pu vous paraître, cet exposé serait incomplet si je ne vous signalais, pour terminer, l'effort d'avant-garde que le Royaume de Belgique est en train de réaliser.

Depuis plusieurs années déjà, quatre annexes psychiatriques pénitentiaires fonctionnent en Belgique dans des prisons. Sous la direction du Dr Vervaeck, directeur du service d'anthropologie pénitentiaire, elles ont donné des résultats qu'on peut considérer à bon droit comme décisifs, tant au point de vue de l'expertise médico-légale des préve-

nus, du diagnostic des troubles neuro-psychiques présentés par certains condamnés au cours de l'exécution de leur peine, que du dépistage des simulateurs.

Un projet de loi de Défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, déjà voté par la Chambre des Représentants, sera vraisemblablement voté dans son texte actuel par le Sénat dans très peu de temps, et aura ainsi force de loi. On peut le considérer comme l'aboutissant des travaux et des discussions des Criminalistes.

Le projet de loi primitif comportait trois parties. La Chambre a disjoint la troisième concernant l'adolescence coupable (délinquants de plus de 16 ans et de moins de 21 ans). Elle a voté la première, concernant les anormaux, et la seconde, concernant les délinquants récidivistes.

Le projet de loi belge, tout en ayant le souci de concilier, dans la mesure du possible, les nécessités de la défense sociale et les droits de la liberté individuelle, tend à combler la lacune sur laquelle j'insistais tout à l'heure. Il vise à assurer effectivement la défense sociale à l'égard des anormaux et des déséquilibrés délinquants par l'individualisation de la peine et l'application d'une peine indéterminée.

Pour que le terme d'anormal ne prête pas à confusion il limite ainsi les sujets auxquels devra s'appliquer la première partie du projet de loi (Chapitre I, Art. premier) : « Lorsqu'il existe des raisons de croire que l'inculpé est en état de démence, ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale *le rendant incapable du contrôle de ses actions*, les juridictions d'ins-

truction et de jugement peuvent, dans le cas où la loi autorise la détention préventive, le placer en observation dans l'annexe psychiatrique d'un centre pénitentiaire... »

Il ne m'est pas possible d'entrer ici dans les détails très intéressants de ce projet de loi. Qu'il me suffise d'indiquer que le projet entoure des précautions désirables cette mise en observation limitée à un mois au plus. En cas de nécessité de prolonger l'observation, seule la Chambre du Conseil peut, après avoir entendu l'inculpé, proroger pour un mois au plus ce délai. En aucun cas de telles prorogations successives ne pourront dépasser six mois.

Aux termes du Chapitre II « les juridictions d'instructions, à moins qu'il ne s'agisse d'un crime ou d'un délit politique, ou de presse, et les juridictions de jugement, peuvent ordonner l'internement immédiat dans un des établissements spéciaux, déterminés et organisés par le Gouvernement, de l'inculpé qui a commis un fait qualifié crime ou délit et qui est dans un des états prévus à l'article I ».

La décision indique la durée de l'internement qui est de cinq ans, de dix ans, ou de quinze ans, suivant la peine encourue par un individu normal ayant commis l'acte incriminé. Ces durées sont d'ailleurs théoriques. En fait, la mise en liberté d'essai avant l'expiration du temps, de même que la prorogation de la mesure, peuvent être prises par la Cour après avis des commissions prévues par la loi, entre autres après avis médical.

Le temps ne me permet pas d'entrer dans de plus amples détails. La mise en observation des

inculpés dans les annexes psychiatriques des prisons, l'individualisation de la peine, la sentence de durée en fait indéterminée, la collaboration du jury avec la Cour dans la délibération sur l'application de la peine, l'intervention de l'avis du psychiatre aux diverses étapes, disent assez le caractère novateur de cette loi. Les résultats en seront à suivre avec grande attention. Peut-être à l'usage comportera-t-elle des retouches ? On peut d'emblée affirmer que, basée sur l'observation scientifique des faits, elle assurera avec plus d'humanité une meilleure protection sociale. Le sujet recevra les soins et la direction morale que demandent son état pathologique. Par décision de justice, la société sera protégée contre lui aussi longtemps que ce sera nécessaire.

J'ai laissé de côté intentionnellement la seconde partie du projet de loi qui traite des récidivistes et des délinquants d'habitude. Pour les psychiatres, elle n'a pas moins d'intérêt que la première, consacrée aux anormaux. Combien de sujets rentrent à la fois dans les deux catégories.

J'ai laissé de côté les réserves à signaler. La parole est maintenant aux faits. Trop hardi pour certains, trop timide pour les autres, le projet de loi belge de Défense Sociale est à la fois une conclusion et un commencement. C'est l'aboutissement des études criminalistes du dernier demi-siècle. C'est le premier acte d'une collaboration plus étroite des juristes et des psychiatres.

C'est avant tout la preuve la plus manifeste de l'effort de tous vers une compréhension mutuelle et l'association de points de vue différents pour une œuvre de justice et de protection sociale.

Venant après la Loi Vernon Briggs dans l'Etat de Massachussetts (Acts of 1927, Ch. 59), ce projet de loi est la solution la plus récente apportée par le législateur aux graves problèmes qui se sont posés à nous au cours de cette causerie, problèmes auxquels nos amis belges sont les premiers à apporter une solution d'ensemble. En attendant les résultats de l'avenir, il convient d'apporter notre tribut de reconnaissance tant aux travaux antérieurs qu'à la réalisation présente.

René CHARPENTIER.

(1) Signalons également que, depuis le 1^{er} novembre 1928, sont en rées en vigueur, en Hollande, des lois instaurant un nouveau régime pénal et pénitentiaire applicable aux délinquants anormaux et aux débiles mentaux. Suivant le degré de l'anomalie mentale des délinquants et la gravité de leurs réactions antisociales, ce régime va de l'application des modalités habituelles de la loi répressive jusqu'aux mesures nouvelles de traitement et à «la mise à la disposition du Gouvernement». Cette dernière mesure donne au juge le pouvoir de mettre hors d'état de nuire pendant un temps de durée en fait indéterminée les délinquants anormaux et dangereux.

**LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE**
**SUIVANT SES FORMES CLINIQUES ET LES TRAITEMENTS
SPÉCIFIQUES ANTÉRIEURS (d'après 204 observations)**

Par MM. R. DUPOUY et J. DUBLINEAU (1)

Frappés par le nombre relativement important de formules atypiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux, nous nous sommes demandé en quoi consistaient ces anomalies et quelles en étaient les raisons.

On sait combien les formules rachidiennes de la syphilis nerveuse sont modifiées par le traitement spécifique. Il est courant dans ces conditions d'observer des atténuations globales ou partielles rappelant plus ou moins en définitive la formule classique des sujets normaux.

Dans le cas spécial de la paralysie générale, les formules atypiques ne sont pourtant pas l'apanage des seules formes en cours de traitement. Il n'est pas rare en effet que chez un sujet ayant un comportement de P. G., la formule du liquide céphalo-rachidien soit en désaccord avec les résultats de l'examen clinique, et ce, avant tout traitement de la paralysie générale elle-même.

Il est donc de première évidence que la formule humorale n'est pas tout dans le diagnostic de la para-

(1) Travail de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle.

lysie générale ; ce fait, énoncé il y a longtemps déjà, nous paraît mériter pourtant qu'on insiste encore sur lui. Il nous permettra, par voie de conséquence, d'apprécier la valeur à accorder aux réactions biologiques liquidiennes au cours du traitement de l'affection.

I. Historique

La question des formules atypiques dans la paralysie générale a été envisagée successivement au double point de vue diagnostique et pronostique.

A. VALEUR DIAGNOSTIQUE DES FORMULES ATYPIQUES

En matière de formules atypiques dans la paralysie générale, il faut distinguer trois ordres de faits :

a) *La formule est entièrement normale.* — Depuis les publications (dont certaines déjà anciennes) de Laignel-Lavastine (1), Achard et Demanche (2) ; P. Kahn et Mercier (3), Dupouy (4, 5), les travaux d'ensemble sur le liquide céphalo-rachidien [Haguenau (6), Targowla (7)] n'ont pas manqué de rappeler l'existence de telles formules. Plus récemment, de nouveaux cas de paralysie générale avec formules du même genre étaient rapportés par Sézary et Barbé (8), de Massary (9), Trénel et Vuillame (10), Mlle Serin (11). Dans tous ces faits, le diagnostic était essentiellement clinique. Ce fut notamment le cas pour plusieurs malades de Massary dont l'un, sorti, en dépit des présomptions cliniques, sur la foi d'une formule cytochimique négative, dut être interné quelques semaines plus tard à la suite d'actes à cachet démentiel.

b) *La formule est subnormale.* — Il est rare cependant que la formule soit entièrement normale. Plus souvent, on observe des formules *atténées* avant tout traitement comme l'on en relève dans les publications récentes de Claude, Targowla, Cénac et Lamache (12), de Leroy et Médakovitch (13-14), et dont l'interprétation ne laisse pas d'être parfois délicate.

c) *La formule n'est pas homogène.* — Ce sont les cas les plus difficiles à interpréter : tout peut s'observer :

dissociation albumino-cytologique, l'augmentation portant sur ou l'autre élément ; absence d'une réaction colloïdale, discordance dans les réactions de globuline.

On sait qu'en présence de certaines formules de ce genre, la question s'est posée de leur signification.

MM. Claude et Targowla (15, 16, 17, 18), se basant sur des faits d'ordre clinique, anatomique, mais avant tout *éolutif*, ont établi cette notion importante que l'hétérogénéité de la formule, quand elle se confirme au cours des ponctions ultérieures, après traitement adéquat, plaide plutôt en faveur d'une syphilis nerveuse que d'une démence paralytique. Mais, pour ces auteurs, c'est surtout à l'amélioration clinique progressive, fonction elle-même d'un traitement énergique, qu'il appartient de sanctionner ce diagnostic. Ainsi, le traitement est la pierre de touche de cas cliniquement un peu douteux, avec formule atypique. Inversement, c'est lui qui, dans certains cas de formule positive et homogène, dans lesquels, cependant, le diagnostic clinique n'est pas sûr, permet le départ entre la syphilis nerveuse et la paralysie générale. L'atténuation rachidienne thérapeutique est peu marquée et globale au cas de paralysie générale, elle est plus intense, mais aussi plus partielle, dans la spécificité cérébrale. L'un de nous a eu récemment l'occasion, avec Targowla (19), de publier l'observation d'une malade chez qui, en effet, le cas s'est présenté. Il s'agissait d'une paralysie générale incipiens dont le diagnostic, hésitant au début, fut confirmé par la suite, à l'occasion d'une deuxième ponction : la formule était restée globalement et fortement positive, en dépit du traitement d'épreuve. Ainsi, le diagnostic de paralysie générale devient moins une interprétation de signes cliniques ou liquidiens, qu'un diagnostic évolutif, basé sur une étude comparative des modifications du psychisme et de la formule. (Cependant, il n'est pas rare, aujourd'hui, de voir des formules liquidiennes se normaliser après traitement par la malaria, le stovarsol, la tryparsamide, etc., dans des cas de P.G. incontestable).

B. VALEUR PRONOSTIQUE DES FORMULES ATYPIQUES

Qu'il s'agisse de formules normales, subnormales ou discordantes, peut-on, quand elles accompagnent une démence paralytique évidente, attribuer à ces formules une signification évolutive et pronostique ?

Dans les cas considérés jusqu'ici, les auteurs n'avaient en vue que la paralysie générale *progressive*. « C'est à ce dessein, écrit Targowla (16), que nous soulignons le mot *progressive*, car dans les formes arrêtées, véritablement guéries de l'affection, à quelque stade que ce soit, le syndrome humorale est nul (constituant, en somme, l'extrême limite des syndromes atténus) ; seule la réaction de fixation positive avec le sérum sanguin se présente parfois comme le vestige d'un processus apparemment éteint au niveau de l'encéphale, dont souvent, aussi, un reliquat est attesté par la leucocytose faible ou douteuse. De tels faits sont exceptionnels ; le diagnostic en est des plus délicats et leur existence même a été contestée. Leur intérêt pratique est limité et nous n'y insisterons pas. »

Les réactions atténues, quand elles existent, sont indépendantes de l'ancienneté de l'infection (Claude et Targowla, 18). Dans les cas de benjoin subpositif, elles auraient une valeur en quelque sorte syphilimétrique, en permettant d'apprecier la faible intensité de la méningo-vascularite (Targowla, 20). De même, l'absence de Bordet-Wassermann s'observe, mais seulement, sauf exception, dans les paralysies générales fixées.

C. Dans l'ensemble la tendance est d'accorder aux formules peu intenses la signification d'un processus peu évolutif. La question demeure donc de savoir si seules ou presque seules, les paralysies générales arrêtées dans leur évolution peuvent s'accompagner d'une formule rachidienne subnormale. En fait, il nous a semblé que le nombre des formules atypiques s'était accru dans ces derniers temps. Des cas qui, il y a peu d'années encore, auraient été publiés, attirent à peine l'attention actuellement. Or, il est intéressant de remarquer que les conditions spéciales de recrutement des mala-

des à l'Hôpital Henri-Rousselle nous amènent à observer surtout des p. g. récents, conduits là à l'occasion d'un de leurs premiers propos démentiels ou actes anti-sociaux, donc, en principe, en pleine poussée évolutive de leur affection commençante. A quoi rapporter, dans ces conditions, une formule globalement ou partiellement atypique ?

Par ailleurs, dans l'immense majorité de cas, il était difficile de ne pas considérer de tels malades comme des déments ; l'histoire de leur maladie, leur comportement, leurs réactions, leurs délires, en dehors de l'affaiblissement global habituellement patent et des données de l'examen somatique, constituaient autant d'éléments d'internement pour démence paralytique. Et, de fait, dans presque tous les cas, les malades reconnus p. g. ont été *internés comme tels*.

Au total : 1) p. g. récents ; 2) déficience psychique et réactions sociales justifiant le placement ; ces deux éléments rendent, pensons-nous, nos cas comparables entre eux. Notre statistique intéresse 204 malades ayant quitté l'Hôpital Henri-Rousselle de mai 1929 à février 1930, avec le diagnostic de paralysie générale.

Nous avons recherché chez eux :

1) Si le fait d'avoir été, *antérieurement à leur p. g., traités pour leur syphilis*, n'était pas, en partie au moins, responsable de ces formules atypiques.

2) Si de telles formules s'observaient plus spécialement dans telle ou telle forme clinique.

Avant d'étudier les divers éléments de la formule, nous nous sommes trouvés dans l'obligation d'établir une formule typique moyenne. Chemin faisant, nous avons été amenés à rappeler (tout en les précisant), des faits connus (notions d'âge, de sexe, etc.). Nous nous en excusons : leur absence eût peut-être nui à la compréhension de l'ensemble.

Nous désirons, par ailleurs, prévenir deux objections : d'une part, on ne trouvera pas ici le détail des traitements spécifiques antérieurs. On sait combien, dans cet ordre d'idées, les renseignements sont difficiles à obtenir. Il est rare, d'autre part, qu'il se soit agi d'un traî-

tement régulier, constant. Bien souvent, on ne retrouve qu'une ou deux séries de piqûres dans les antécédents. Aussi ne tiendrons-nous compte que du fait brut du traitement antérieur, sans nous arrêter à ses modalités.

D'autre part, on pourra objecter que les ponctions, uniques dans la plupart des cas, auraient pu, si elles avaient été répétées, révéler des formules plus typiques et mieux proportionnées à l'état démentiel du sujet. Ce serait, à notre avis, transposer l'intérêt du problème. En présence d'une paralysie générale ne faisant cliniquement pas de doute, notre but est d'apporter de nouveaux faits constatant que la formule peut pourtant être négative, en nous appuyant pour cela sur un lot important de cas *non sélectionnés*, en poussée évolutive, pour la plupart. En revanche, quand la formule d'une paralysie générale est atypique, nous rechercherons s'il est possible de mettre en évidence un ou plusieurs éléments également atypiques dans l'aspect clinique de la maladie.

II. Fréquence relative des diverses formes cliniques

Elle se résume dans le tableau suivant :

Formes cliniques	Sujets antérieurement traités		Sujets n'ayant jamais eu de traitement	
Sans délire.....	29	45 0/0	46	32,8 0/0
Expansives.....	12	18 0/0	41	29 0/0
Dépressives.....	8	12 0/0	18	12,8 0/0
Tabétiformes.....	9	14 0/0	23	16 0/0
Confuses.....	5	7,9 0/0	12	8 0/0
Paranoïdes.....	1	1,5 0/0	0	0
	64		140	

Ainsi, chez les sujets antérieurement traités pour leur syphilis, la forme expansive, forme classique de la paralysie générale, est relativement rare (18 0/0 des cas). La forme sans délire prédomine. Le sujet, affaibli global, porteur des signes physiques habituels, réalise, pourrait-on dire, une forme avant tout neurologique

(et ce, quels qu'aient été le traitement antérieur et la date de ce traitement). En somme, il s'agit là d'une paralysie générale d'hôpital, s'opposant à la paralysie générale asilaire de jadis.

La fréquence des formes expansives se retrouve au contraire chez les syphilitiques méconnus (29 0/0). Elle reste cependant inférieure au chiffre total des paralysies générales sans délire (32,8 0/0). Peut-être la généralisation de la ponction lombaire, facteur de dépistage précoce, n'est-elle pas étrangère au plus grand nombre de ces dernières.

En ce qui concerne les autres variétés (confuse, tabé-tiforme, dépressive), la proportion des cas observés est la même chez les sujets antérieurement traités ou non.

Le tableau suivant résume la fréquence respective des différentes formes cliniques considérées en bloc :

Variétés	Nombre	0/0
Sans délire.....	75	36,7
Expansives.....	53	25,9
Tabétiformes	32	15,6
Dépressives	26	12,7
Confuses	17	8,3
Paranoïdes	1	0,4

III. Fréquence suivant le sexe

Elle est relatée dans le tableau suivant :

En résumé : on trouve 118 hommes et 86 femmes.

Chez les *hommes*, les formes cliniques sont par ordre de fréquence :

Les formes expansives : 35, soit 29,5 0/0.

Les formes sans délire : 31, soit 26,2 0/0.

Les formes tabétiques : 22, soit 18,6 0/0.

Les formes dépressives : 20, soit 16,9 0/0.

Les formes confuses : 10, soit 8,4 0/0.

Chez les *femmes*, on trouve les chiffres suivants :

Les formes sans délire : 44, soit 51 0/0.

Les formes expansives : 28, soit 32,5 0/0.

Les formes tabétiques : 10, soit 11,6 0/0.

Les formes confuses : 7, soit 8,1 0/0.

Les formes dépressives : 6, soit 6,9 0/0.
plus une forme paranoïde.

Ainsi, chez l'homme, les formes expansives prédomi-

Sexe	Variétés	Tabéiformes	Confuses	Sans délire	Expansives	Dépressives	Paranoïdes	Totaux
Hommes	Sujets non traités pour leur syphilis.....	16	7	17	27	16	0	83
	Sujets antérieurement traités.....	6	3	14	8	4	0	35
Femmes	Sujets non traités pour leur syphilis.....	7	5	29	14	2	0	57
	Sujets antérieurement traités.....	3	2	15	4	4	1	29
Totaux		32	17	75	53	26	1	204

nent. Les formes tabétiques sont relativement fréquentes.

Chez la femme, nous retrouvons la prédominance classique des formes sans délire, la rareté relative des formes tabétiques et dépressives.

La proportion des formes confuses est la même dans les deux sexes.

IV. Fréquence suivant l'âge

Elle s'exprime de la façon suivante : Nous avons distingué trois cas : avant 30 ans, de 30 à 60 ans, au delà de 60 ans.

Ainsi, chez les sujets traités pour leur syphilis, jamais la paralysie générale n'est apparue avant 30 ans. La paralysie générale se manifeste en moyenne chez la

Formes	Sexe	Sujets non antérieurement traités				Sujets traités antérieurement			
		0 à 30 ans	30 à 60 ans	Plus de 60	Age moyen	0 à 30 ans	30 à 60 ans	Plus de 60	Age moyen
Sans délire	H.	»	17	»	40	»	14	»	42,3
	F.	2	27	»	35	»	15	»	44
Tabéti-formes	H.	»	14	2	45	»	5	1	48
	F.	»	7	»	45	»	»	»	»
Confuses	H.	»	6	1	51	»	3	»	49
	F.	1	4	»	40	»	2	»	32
Expansives	H.	1	24	2	50	»	8	»	44
	F.	»	14	»	40	»	4	»	44
Dépressives	H.	»	10	»	47	»	4	»	35
	F.	»	8	»	36	»	4	»	42
Paranoïdes	H.	»	»	»	»	»	»	»	»
	F.	»	»	»	»	»	1	»	38

femme de 30 à 40 ans, chez l'homme de 40 à 50 ans. Il ne semble pas qu'il y ait de relation entre les formes cliniques et l'âge du sujet. Pourtant, les formes sans délire paraissent être l'apanage de sujets jeunes.

V. Formule paralytique habituelle du liquide céphalo-rachidien

Cette formule nous a paru devoir être établie pour servir d'échelon dans l'étude isolée des formes cliniques. Nous la donnons telle qu'elle résulte des moyennes de nos 204 cas :

A. ALBUMINOSE ET LEUCOCYTOSE. — Chiffres obtenus par totalisation des résultats et division par le nombre de cas. L'albuminose est mesurée sur l'échelle de Mestrezat. La leucocytose (par mm³) est numérée sur une goutte du liquide du dernier tube de la ponction, le prélèvement étant effectué aussitôt que possible au laboratoire.

	Syphilis non traitée	Syphilis antérieurement traitée
Albuminose.....	0 gr. 92	0 gr. 69
Leucocytose.....	32,12 leuco.	13,8 leuco.

B. GLOBULINOSE. — Moyenne obtenue en donnant des coefficients à la notation habituelle par croix (+ = 1, ++ = 2, + + + = 3). Le total des croix divisé par le nombre de cas donne le chiffre moyen :

	Sujets jamais traités	Sujets antérieurement traités
Pandy.....	2,02	1,52
Weichbrodt.....	1,77	1,47

C. BENJOIN COLLOÏDAL. — Nous avons considéré trois types de réaction, et attribué à chacun d'eux un coefficient :

a) Réactions hyperpositives, se prolongeant dans la zone méningée (coefficient 3).

b) Réactions positives dans les 10 premiers tubes (coefficient 2).

c) Réactions subpositives (coefficient 1), par exemple:

10210 — 22221.00000,
ou 11110 — 21100.00000, etc...

Par totalisation des coefficients et division par le nombre de cas, on obtient les résultats suivants :

- 1° Sujets jamais traités : 2,56.
- 2° Sujets antérieurement traités : 2,14.

D. ELIXIR PARÉGORIQUE. — Nous avons considéré trois types de réactions :

- a) franchement positives (22-2), coefficient 2 ;
- b) subpositives (11-2), coefficient 1 ;
- c) négatives (00-0), coefficient 0.

Les résultats moyens obtenus comme ci-dessus sont les suivants :

- 1° Sujets jamais traités : 1,50.
- 2° Sujets antérieurement traités : 1,21.

E. RÉACTION DE MEINICKE. — En leur attribuant les coefficients de positivité 2 (+), 1 (\pm), et 0 (—), nous obtenons les chiffres suivants :

- Sujets non traités antérieurement : 1,68.
Sujets antérieurement traités : 1,60.

F. RÉACTION DE FIXATION. — La même technique donne, pour le Bordet-Wassermann :

- Sujets non traités antérieurement : 1,89.
Sujets antérieurement traités : 1,58.

G. TENSION. — La tension, mesurée au manomètre de Claude, n'est donnée ici que pour mémoire, n'ayant pas été étudiée systématiquement. Sur le sujet assis, les chiffres trouvés ont été les suivants :

- Sujets non traités antérieurement : 42.
Sujets antérieurement traités : 43,9.

H. CONCLUSION. — Elle se résume dans le tableau suivant :

Ainsi, le fait, pour un syphilitique, d'avoir été traité (quelle qu'ait été l'importance de ce traitement), modifie nettement l'aspect classique de la formule, dans le sens d'un abaissement général du taux des divers élé-

ments. Le pourcentage de cet abaissement varie d'ailleurs suivant les éléments. Il est de :

- 25 0/0 pour l'albuminose,
- 25 0/0 pour la réaction de Pandy,
- 16 0/0 pour la réaction de Weichbrodt,
- 58 0/0 pour la leucocytose,

	Sujets jamais traités	Sujets antérieurement traités
Tension	42	43,9
Albuminose.....	0,92	0,69
Pandy.....	2,02	1,52
Weichbrodt.....	1,77	1,47
Leucocytose.....	34,3	13,8
Benjoin.....	2,56	2,14
Elixir parégorique	1,50	1,21
Bordet-Wassermann	1,89	1,58
Meinicke.....		1,60

- 17 0/0 pour le benjoin,
- 20 0/0 pour la réaction à l'élixir parégorique,
- 17 0/0 pour le Bordet-Wassermann,
- 5 0/0 pour le Meinicke.

Seul le chiffre moyen de la tension ne se modifie pas.

Le traitement d'une syphilis reconnue, dans les cas où cette *syphilis aboutit à la paralysie générale*, influence donc en général la formule rachidienne. En dépit de cette formule atténuée, le déficit intellectuel demeure entier. Seul paraît modifié, — ainsi qu'il a été dit plus haut, — l'aspect clinique de l'affection.

VI. Formules comparées suivant chaque forme clinique

Elles se résument dans les deux tableaux suivants :

A. SUJETS NON TRAITÉS

	Moyenne générale sujets non traités	FORMES				
		Sans délire	Tabéti- formes	Con- fuses	Dépres- sives	Expan- sives
Tension (assise)..	42	42,1	43	48,1	41	43,5
Albuminose.....	0,92	0,89	0,98	1,12	0,88	0,87
Pandy.....	2,02	2,13	2,13	2,25	1,88	1,84
Weichbrodt.....	1,77	1,76	2,04	1,83	1,77	1,68
Leucocytose.....	34,3	35,2	29,6	47,7	28,5	35,3
Benjoin.....	2,56	2,50	2,47	2,75	2,17	2,80
El. parégor.....	1,50	1,55	1,33	1,63	1,46	1,51
Bordet-Wasser- mann.....	1,89	1,91	1,91	1,83	1,88	1,87
Meinicke	1,68	1,64	1,70	1,91	1,93	1,94

B. SUJETS TRAITÉS

	Moyenne générale des sujets traités	FORMES					
		sans délire	Tabéti- formes	Con- fuses	Dépres- sives	Expan- sives	Para- noïdes
Tension (assise)..	43,9	42,9	49,4	30,6	49,1	45,4	»
Albuminose..	0,69	0,701	0,61	0,81	0,60	0,75	0,42
Pandy.....	1,52	1,62	1,33	2	1,37	1,41	1
Weichbrodt..	1,47	1,37	2,11	1,5	1,57	1,33	1,68
Leucocytose..	13,8	12,2	4,62	32,9	13,38	17,8	1,8
Benjoin.....	2,14	2,31	1,55	2,5	2	2,3	1
El. parégorique..	1,21	1,27	1	1,25	0,83	1,62	0
Bordet-Wasser- mann....	1,58	1,50	1,33	2	1,85	1,58	2
Meinicke	1,60	1,55	1,22	2	1,85	1,58	0

C. CONCLUSIONS

1° Les formes sans délire se rapprochent très sensiblement de la formule moyenne, ainsi que les paralysies générales à forme expansive (idées délirantes

mégalomaniaques, euphorie, sensation de bien-être et de force physique, excitation, etc...), ou à forme dépressive (idées mélancoliques de ruine ou de négation, idées de suicide, etc.).

2° On constate une exagération des divers taux de la formule dans les formes confuses. Cette hyperpositivité se répartit sur la totalité des éléments de la formule.

3° Les paralysies générales tabétiformes se distinguent par une discordance relative entre l'hyperalbuminose qui tend à l'hyperpositivité (avec réaction de globulinose intense) et la leucocytose, inférieure à la moyenne (surtout dans les cas de syphilis antérieurement traités).

4° Au total, on peut schématiquement décrire trois types de formule rachidienne dans la paralysie générale :

- a) une formule moyenne, de beaucoup la plus fréquente (formes sans délire ou délirantes) ;
- b) une formule hyperpositive (formes confuses) ;
- c) une formule dissociée (paralysies générales tabétiformes, avec abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs associée ou non à d'autres signes de tabès) ;
- d) sous certaines réserves, ces trois types se retrouvent tant chez les sujets traités antérieurement que chez ceux n'ayant jamais subi de traitement.

VII. Influence sur la formule de l'ancienneté de la syphilis

Nous n'avons pu retrouver que 11 fois la date de l'accident primitif. Encore, pour deux d'entre eux, cette date était-elle incertaine. Sur les 9 cas restants, 4 fois la syphilis paraissait avoir été très mal soignée (sans qu'on n'ait pu obtenir d'autre précision). Deux autres malades avaient subi un traitement irrégulier par piqûres, deux seulement avaient été traités régulièrement.

En d'autres termes, la p. g., apparue de 6 à 24 ans après l'accident primitif, présente 8 fois sur 9 une formule dont les éléments concordent à peu près entre eux. La seule formule atypique concerne une forme

Noms	P. G. expansives		P. G. tabétiques		P. G. dépres- sives	P. G. sans délire				
	M. Lié	M. Ena	Mme Lav.	M. V. Hes.		M. Nat	M. Del.	Mme Esc.	Mme Ste-Ma.	M. Bog.
Age.....	35ans	45ans	44ans	51ans	30ans	35ans	34ans	50ans	37ans	
Age de la contami- nation...	24ans	26ans	20ans	41ans	24ans	23ans	24ans	26ans	22ans	
Traitemen	Mal soigné	12 piqûres(?)	Mal soignée	Mal soigné	Régulièrement à St-Louis(?)	Hg + 914 au début	Bi + acétylarsan	Traitée depuis 12 ans (?)	Mal soignée (?)	
Alb.....	1,60	0,80	0,90	0,40	0,70	0,90	0,85	0,90	0,80	
Pandy...	+++	++	++	+	++	+++	++	++	++	
Weichb...	+++	++	++	+	++	++	++	++	++	
Leuco....	56	66	15	13	3,4	32	27	20	38	
Benj.....	22222	22222	22222	1222,	22222	22222	22222	12222	22222	
	22222	22222	22222	02220	22210	22222	22222	22222	22222	
	22000	10000	10000	00000	00000	21000	22000	21000	10000	
El. par...	2	22-2	?	2	1-1	22-2	1-1	2	22-2	
B. W....	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Meinieke.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	

dépressive à début rapide (6 ans), chez un sujet antérieurement traité régulièrement à Saint-Louis. En dépit de cette formule, atypique par la faible leucocytose, par la subpositivité du benjoin et de la réaction à l'élixir parégorique, le comportement du malade était cliniquement celui d'une p. g. typique en poussée évolutive.

VIII. Etude critique des divers éléments de la formule

Nous nous sommes attachés, dans les pages qui suivent, à déterminer les variations du taux de positivité de chaque élément de la formule. Pour plusieurs d'entre eux, nous avons également étudié les discordances possibles. Dans l'ensemble, nos résultats confirment (en les précisant sur certains points), ceux publiés par les auteurs.

A. ALBUMINOSE

I. Constance. — Elle est presque absolue, mais le taux est très variable, quelle que soit la forme de la maladie, comme le montre le tableau suivant :

Formes	Syphilis non traitées			Syphilis traitées			Totaux
	0 gr. 20 à 0,30	0,30 à 1 gr.	Plus de 1 gr.	0 gr. 20 à 0,30	0,30 à 1 gr.	Plus de 1 gr.	
Sans délire.....	1	30	15	2	27	0	75
Tabétiques	0	15	8	0	9	0	32
Confuses.....	0	9	3	0	5	0	17
Expansives.....	2	32	7	0	11	1	53
Dépressives.....	1	14	3	1	7	0	26
Paranoïdes	0	0	0	0	1	0	1
Totaux.....	4	100	36	3	60	1	204

Ainsi, l'albuminose est paranormale (0,20 à 0,30 ctg.) :

— 4 fois sur 140 p. g. sans traitement spécifique antérieur (2,8 0/0) ;

— 3 fois sur 64 p. g. concernant des syphilitiques traités antérieurement (4,5 0/0).

Dans deux cas seulement, l'albuminose dépassait 2 gr. Le maximum observé a été de 2 gr. 80.

D'ailleurs, le tableau précédent ne donne qu'une idée imparfaite de la répartition de l'albuminose. Entre

trente centigrammes à un gramme, les chiffres se groupent d'une façon variable suivant les formes. C'est ainsi que dans les p. g. confuses, le taux de l'albuminose n'oscille généralement qu'entre 0,70 et 0,95 (d'où le chiffre élevé de l'albuminose dans la formule moyenne). Déjà moins net dans les formes tabétiques, ce regroupement fait place, dans les autres formes, à des variations individuelles importantes.

II. Discordance avec les autres éléments de la formule. — A. *Rapports de la leucocytose et de l'albuminose.* — Si l'hyperalbuminose peut s'observer dans

Sujets non traités			Sujets traités		
Noms	Albumine	Leucocytose	Noms	Albumine	Leucocytose
Bohan.....	1,20	24	Besn.....	0,50	0,4
Michel.....	0,80	0,2	V. de B.....	0,90	3
Feuil.....	1,50	40	Miq.....	0,70	15
Chail.....	0,60	9	Bret.....	0,40	2
Dela.....	1,60	93	Col.....	0,50	2
Gérard.....	1,70	35	Ena.....	0,90	15
Blum.....	0,62	3	V. Hes.....	0,40	13
No.....	0,70	4	Héd.....	0,70	1,2
Daud.....	1,20	4,7	Cond.....	0,50	2
Dav.....	0,95	29			
Cond.....	0,80	28			
Brif.....	0,60	0,8			
Obr.....	0,70	20			
Mon.....	1,20	16			
Guillot.....	0,95	70			
Jouss.....	0,90	9			
Duma.....	1,10	38			
Aym.....	0,95	26			
Gault.....	1,20	16			
Lher.....	0,40	138			
Votr.....	0,60	10			
Weys.....	0,90	38			
Dub.....	1,60	31			

toutes les formes cliniques de la paralysie générale, sa concordance avec les autres éléments de la formule n'est pas la même dans tous les cas.

Cette concordance est la règle dans les formes confu-

sionnelles. Elle est presque la règle dans les formes expansives, dépressives ou sans délire, avec forte hyperalbuminose. Elle est plus rare dans les formes labétiques, comme le prouve le tableau suivant, dans lequel nous avons mentionné côté à côté l'albuminose et la leucocytose de nos 32 p. g. tabétiformes.

En ce qui concerne les cas d'albuminose modérée ou normale (c'est-à-dire ceux où elle ne dépasse pas trente centigrammes), il s'agit le plus souvent de formules atypiques par ailleurs. Dans nos 7 cas, ces formules ont été les suivantes :

	Formes	Noms	Alb.	P.	W.	Leuco	Benjoin	El. par.	B. W.	Mein.
Syphilis traitées	Sans délire	Aub.....	0,22	0	0	1,2	00000 02210 00000	00-0	0	0
		Griv.....	0,30	0	0	0,8	00000 00110 00000	00-0	0	0
	Dépressive	Gauth.....	0,20	0	0	0,8	12220 02100 00000	00-0	±	±
	Sans délire	Despr.....	0,30	++	++	47	12210 12220 00000	1-1	+	+
Syphilis non traitées	Dépressive	Saul.....	0,30	++	++	340	11210 02210 00000	2-2	+	+
		Jarg.....	0,25	+	+	12	11222 02222 20000	21-2	+	+
	Expansives	Trois.....	0,30	+	+	3,3	12222 22222 00000	?	±	0

Cette albuminose modérée concernait des sujets dont plusieurs présentaient des réactions antisociales violentes, contrastant avec la faible intensité de la formule.

B. Rapports de l'albuminose et de la globulinose. — L'hyperalbuminose s'accompagne de réactions généralement concordantes des globulines.

L'albuminose paranormale s'accompagnait (voir tableau ci-dessus), chez les 3 sujets antérieurement traités, d'une absence de globulinose, et chez les autres, de réactions de Pandy et de Weichbrodt positives. Au total, la globulinose est, dans les formules atypiques, indépendante de l'albuminose.

C. *Les rapports de l'albuminose et des réactions colloïdales et de fixation* seront étudiés à propos de ces dernières.

D. *Au total*, l'albuminose présente un taux de constance remarquable, mais son absence n'implique pas forcément une forme en rémission. Nous l'avons observée dans des cas ayant nécessité l'internement à l'occasion d'actes de démence. Par ailleurs, on sait la fréquence d'une hyperalbuminose solitaire chez les hérédosyphilitiques. Voici, par exemple, la formule rachidienne d'un garçon de 19 ans, fils d'un syphilitique mort de cirrhose hépatique, porteur de quelques stigmates, avec instabilité et troubles du caractère : Tension : 45/34. Albuminose : 0,80. Pandy : +. Weichbrodt : 0. Leucocytose : 1,3. Benjoin : 00000.02222.22000. Elixir parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meissner : 0.

On sait, d'autre part, combien l'albuminose rachidienne est tenace, même dans les cas les plus sérieusement traités.

B. GLOBULINOSE

Positivité	Formes sans délire		Tabétiques		Confuses		Dépressives		Expansives		Paranoïdes	
	N.T.	T.	N.T.	T.	N.T.	T.	N.T.	T.	N.T.	T.	N.T.	T.
+	8	6	2	5	1	1	5	3	10	7	0	1
++	24	16	13	2	7	2	10	4	21	2	0	0
+++	14	3	8	1	4	1	3	0	7	2	0	0
0	0	4	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0

Théoriquement, les réactions de Pandy et de Weichbrodt ont une courbe parallèle de positivité. En fait, nous avons observé : 1) des cas de négativité ; 2) des cas de discordance entre elles.

I. Répartition de la réaction de Pandy suivant les formes

Sur 140 paralytiques généraux sans traitement antérieur, le Pandy n'a été négatif qu'une fois. Sur 63 cas, atteignant des sujets antérieurement traités, il l'a été 7 fois.

Le pourcentage de négativité suivant les formes est donc le suivant :

Formes sans délire : 4 fois sur 75 (5,4 0/0).

Formes dépressives : 1 fois sur 26 (4 0/0).

Formes expansives : 2 fois sur 51 (3,9 0/0).

Formes tabétiques : 1 fois sur 32 (3,1 0/0).

Formes confuses et paranoïdes : 0 sur 17.

II. Répartition de la réaction de Weichbrodt suivant les formes

Positivité	Formes sans délire	Tabétiques	Confuses	Dépressives	Expansives	Paranoïdes
	N.T.	T.	N.T.	T.	N.T.	T.
+	16	7	5	3	2	6
++	22	15	12	2	8	10
+++	7	1	6	4	1	0
0	1	6	0	0	0	0

Au total, le Weichbrodt est négatif trois fois sur 140, dans les cas jamais traités, 8 fois sur 63, chez les paralytiques généraux antérieurement traités. Le pourcentage de négativité suivant les formes est le suivant :

Formes sans délire : 7 fois sur 75 (9,3 0/0).

Formes expansives : 3 fois sur 53 (5,6 0/0).

Formes dépressives : 1 fois sur 26 (3,8 0/0).

Formes tabétiques : 0 sur 32.

Formes confuses : 0 sur 16.

Dans l'ensemble, la négativité des réactions de globulinose considérées en bloc (401 cas), est moindre dans le groupe paralysies générales tabétiques et paralysies générales confuses (1 fois sur 96 réactions, soit 1,04 0/0), que dans le groupe des formes à réactions moyennes (18 fois sur 305, soit 5,8 0/0).

III. Négativité concordante des deux réactions

Dans les 4 cas où les deux réactions ont été négatives en même temps, il s'agissait de sujets antérieurement traités. Le reste de la formule était toujours très atypique. Voici ces cas :

Formes cliniques	Noms	Sexe	Age	Alb.	Pandy	Weich.	Leuc.	Benjoin	El. par.	B. W.	Meinicka
Dépressives	Gaut.		37	0,20	0	0	0,8	12220 02100 00000	00-0	+	+
	Mal.		32	0,32	0	0	2	00000 02200 00000	00-0	0	0
	Aubu.		40	?							
Sans délire	1 ^{re} P. L. (9. 6. 27)			0,35	Traces	Traces	0	11100 02221 00000	00-0	+	+
	2 ^{me} P. L. (17. 4. 29)			0,22	0	0	1,2	00000 02210 00000	00-0	0	0
	Criv.		61	0,30	0	0	0,8	00000 00110 00000	00-0	0	0
Tabétiques	Cond.		43	0,50	0	0	2	01100 02210 00000	00-0	+	+

*IV. Discordance des réactions
de Pandy et de Weichbrodt*

Les auteurs se sont demandé si les réactions de Pandy et de Weichbrodt étaient comparables entre elles, et en particulier si toutes deux exprimaient réellement la valeur de la globulinose. Certains ont cru pouvoir les opposer l'une à l'autre et noter une certaine dissociation dans les formules rachidiennes des tumeurs cérébrales. Or, nous avons retrouvé cette dissociation dans un certain nombre de cas de paralysie générale.

Nous ne tiendrons pas compte des discordances dans le taux de positivité (par exemple : Pandy positif et Weichbrodt subpositif, ou inversement). De telles discordances sont fréquentes, puisque nous les avons relevées :

- 9 fois sur 53 cas (15,9 0/0), dans les formes expansives ;
- 10 fois sur 73 (13,6 0/0), dans les formes sans délire ;
- 2 fois sur 16 (12,5 0/0), dans les formes confuses ;
- 4 fois sur 32 (12,5 0/0), dans les formes tabétiques.

Seules les formes dépressives n'en présentaient pas.

Plus intéressantes sont les dissociations franches (une réaction subpositive ou positive, et l'autre négative). Nous les avons observées 7 fois sur 199 cas. Sur ces 7 cas, 6 visent des sujets ayant subi des traitements antérieurs (2 paralytiques généraux sans délire, 2 paralytiques généraux tabétiques, 2 paralysies générales expansives), le 7^e concerne une paralysie générale à forme expansive chez un syphilitique n'ayant jamais été traité. Comme on le verra dans le tableau ci-dessous, aucune de ces formules n'est typique par ailleurs ; toutes sont notablement réduites dans leurs autres éléments.

Au total, bien que les réactions de Pandy et de Weichbrodt puissent être discordantes entre elles, cette discordance est pratiquement peu marquée.

Variétés	F. Clin.										
	Noms	Sexe	Age	Alb.	Pandy	Welch.	Leuco.	Benjoin	El. par.	B. W.	Meinicke
Sujets jamais traités	Mor. Sic.	H.	43 35	0,50 0,80	+	0 traces	5 1,4	00000 12220 12222 20000	0,0 00,0	+	+
		F.									
Sujets antérieu- rement traités	Bel. Pet- dit Maur.	F.	41 54	0,60 0,60	0 +	+	5,2 3	00000 02222 20000 11100 02220 00000	11,2 00,2	0 +	+
		H.									
Tabétiques	Gros. Clé.	H.	44 42	0,32 0,50	+	0 traces	0,5 8	01100 02022 00000 00000 02222 10000	0,0 »	0 ±	0
		F.									
Tabétiques	Bre. Héd.	H.	34 62	0,40 0,70	+	id.	2 1,2	12210 02220 00000 02220 22222 20000	0,0 0,0	±	0
		F.									

C. LEUCOCYTOSE

I. *Constance.* — Elle est éminemment variable : c'est un fait classique. La fréquence des variations du chiffre à deux ponctions lombaires successives chez un même sujet est notamment bien connue. Ne tenant

compte que de nos cas, nous avons observé les pourcentages respectifs suivants de leucocytose normale ou paranormale (trois leucocytes ou moins), et d'hyperleucocytose :

	Total		Pourcentage	
	Leucocytose normale	Hyperleucocytose	Leucocytose normale	Hyperleucocytose
Sans délire.....	14	60	18,9	81,1
Tabétiques.....	8	24	25	75
Expansives.....	7	46	13,2	86,8
Dépressives.....	5	19	19,2	80,8
Confuses.....	0	17	0	100
Paranoïdes.....	1	0	100	

La répartition des leucocytoses normales dans les formes survenant chez des sujets antérieurement traités ou non est la suivante :

Formes	Répartition		
	N. T.	T.	Total
Sans délire.....	6	8	14
Tabétiques.....	3	5	8
Expansives.....	3	4	7
Dépressives.....	2	3	5
Confuses.....	0	0	0
Paranoïdes.....	0	1	1

En ce qui concerne les grosses hyperleucocytoses (150 et plus), elles s'observent rarement, le chiffre maximum (340) a été constaté chez un sujet atteint de forme dépressive, à albuminose peu marquée (30 ctg.), sans traitement dans les antécédents.

II. Concordance avec les autres éléments de la formule. — N'envisageant que les cas de leucocytose paranormale, on voit, par les tableaux ci-dessus, qu'une

A. Sujets non traités antérieurement

Formes cliniques	Noms	Sexe	Age	Alb.	Pandy.	Weich.	Leuco	Benjoin	El. par.	B.-W.	Meinicke
Sans déltre	Sic.	F.	35	0,80	++	traces	1,4	12220 12222 20000	00-0	+	+
	Dru.	F.	52	0,50	++	++	0,4	01221 12221 00000	1-2	+	0
	Jaeg.	H.	36	0,50	++	++	1,2	12222 22221 00000	01-1	+	+
	Chap.	H.	50	0,90	++	++	0,7	12222 12222 00000	1	+	+
	Play.	F.	42	0,60	+	+	2,4	22222 12220 00000	22-2	+	+
	Ném.	F.	54	1,80	+++	+++	2	22222 22222 20000	1-1	+	+
Tabétiformes	Joha.	F.	45	0,80	++	++	0,2	22222 22221 00000	12-2	+	+
	Blum.	H.	53	0,62	+++	++	3	12220 02221 00000	1-1	+	+
	Brif.	F.	41	0,60	+	+	0,8	22222 22222 21000	22-2	+	traces
Dépressives	Len.	H.	42	0,70	+	+	0,8	01100 02222 21000	00-0	+	0
	Lef.	H.	42	0,80	+	+	0,8	12222 12222 20.00	11-1	0	0
Expansives	Van. E.	H.	33	0,70	+	+	3	11110 12222 20000	2	+	+
	Tro.	F.	49	0,30	+	+	3,3	12222 22221 00000	?	±	0
	Henr.	H.	49	0,40	+	+	0,8	12222 22222 00000	0-0	+	0

B. Sujets antérieurement traités

Formes cliniques	Noms	Sexe	Age	Alb.	Pandy.	Weich.	Leneo	Benjoin	El. par.	B.-W.	Meinicke
Sans délire	Mar.	H.	32	0,50	++	+	1,1	22222 22222 10000	22-2	+	+
	Gros.	H.	44	0,32	+	0	0,5	01100 02222 00000	0-0	0	0
	Aub.	F.	40	0,22	0	0	1,2	00000 02210 00000	0-0	0	0
	Cuvil.	H.	58	0,95	+++	++	0,5	22222 22222 10000	22-2	+	+
	V. Thu.	H.	30	0,80	++	++	0,4	12221 12222 00000	+	+	+
	Mal.	H.	32	0,32	0	0	2	00000 02200 00000	00-0	0	0
	Del.	H.	35	0,90	+++	++	3,2	22222 22222 21000	22-2	+	+
	Par.	F.	44	0,60	++	+	2	22221 12222 00000	22-2	±	+
Tabétiques	Ber.	H.	48	0,50	traces	0	0,4	11100 02222 10000	22-2	0	+
	Bret.	H.	34	0,40	+	traces	2	12210 02220 00000	0-0	±	0
	Cond.	F.	43	0,50	0	0	2	01100 02210 00000	0-0	0	0
	Héd.	F.	62	0,70	+	traces	1,2	02220 22222 20000	0-0	+	+
	Col.	F.	44	0,50	+	+	2	22222 22222 00000	0-0	±	0
	V. de B.	H.	61	0,90	++	++	3	12222 22222 10000	2-2	+	+
Expansives	Boi.	H.	50	0,50	+	+	1,2	12221 12211 00000	11-1	+	+
	Tir.	F.	44	0,30	+	+	12	11100 12211 00000	11-2	+	+
	Web.	H.	52	0,95	++	++	3	22222 22222 20000	?	±	±
	Pet.	H.	54	0,60	+	0	3	11100 02210 00000	00-2	+	+
Dépressives	Gaut.	F.	37	0,20	0	0	0,8	12220 02100 00000	00-0	±	±
	Math.	H.	30	0,70	++	++	3,4	22222 22210 00000	11-1	+	+
	Peuf.	H.	41	0,98	++	++	2,6	22222 22222 22100	?	+	+
Paranoïdes	Dan.	F.	38	0,42	+	+	1,8	12221 02220 00000	0-0	+	0

telle leucocytose, constatée 35 fois sur 204 cas, s'accompagne 29 fois d'une forte hyperalbuminose, 4 fois d'une albuminose légère (30 ctg. environ), deux fois d'une albuminose normale. Quant aux autres réactions, elles sont le plus souvent atypiques, l'atypisme portant soit sur l'ensemble des éléments, soit seulement sur l'un d'entre eux.

D. BENJOIN COLLOÏDAL

I. Répartition suivant les formes

	Sans dél.		Tabé-tiques		Confuses		Dépressives		Expansives		Paranoïdes	
	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.
++	9	8	8	1	1	0	4	2	8	3	0	0
+	30	15	13	2	10	3	8	3	28	5	0	0
+	7	6	2	6	1	1	5	3	5	2	0	1

II. Constance des réactions méningées

La prolongation du benjoin dans la 3^e zone, si elle accompagne toujours les formes hyperpositives, peut s'observer en dehors de ces dernières. Nous l'avons observée comme suit :

1° *Sujets non traités antérieurement* : formes confuses, 10 sur 12, soit 83,3 0/0 ; formes expansives, 28 sur 41, soit 68,2 0/0 ; formes sans délire, 30 sur 46, soit 65,2 0/0 ; formes tabétiformes, 13 sur 23, soit 56,5 0/0 ; formes dépressives, 8 sur 17, soit 47,05 0/0.

2° *Sujets antérieurement traités* : formes confuses, 3 sur 4, soit 75 0/0 ; formes sans délire, 15 sur 29, soit 51,7 0/0 ; formes expansives, 5 sur 13, soit 41,6 0/0 ; formes dépressives, 3 sur 8, soit 37,5 0/0 ; formes tabétiformes, 2 sur 9, soit 22,2 0/0.

Au total, la réaction méningée s'observe 11,7 fois sur 201 cas, soit dans 58,2 % des cas.

III. Subpositivité ou normalité des premiers tubes

Les chiffres suivants indiquent la proportion de fréquence de ces cas, selon les formes cliniques de la maladie.

1° *Formes non traitées* : 41 fois sur 139, soit 29,4 % avec, par ordre de fréquence : formes dépressives, 8 sur 17, soit 47 % des cas ; formes expansives, 17 sur 41, soit 40,4 % ; formes sans délire, 10 sur 46, soit 21,7 % ; p. g. tabétiformes, 4 sur 23, soit 17,4 % ; formes confuses, 2 sur 12, soit 16,6 %.

2° *Formes traitées antérieurement* : 34 fois sur 60, soit 56,66 % ; p. g. tabétiformes, 7 sur 9, soit 77,7 % ; formes expansives, 7 sur 10, soit 70 % ; formes sans délire, 15 sur 29, soit 51,7 % ; formes dépressives, 3 sur 8, soit 37,5 % ; formes confuses, 1 sur 4, soit 25 %.

Plus un cas de forme paranoïde (le seul de notre statistique).

Au total, on voit combien le fait, pour un syphilitique, d'avoir été traité, modifie l'aspect du benjoin dans la première zone. Seules les formes confuses ont un benjoin partout positif, quels que soient les antécédents thérapeutiques.

IV. Discordance du benjoin avec les autres éléments de la formule

Considérée dans son ensemble, la réaction du benjoin n'est jamais négative. Nous avons recherché si l'intensité de la réaction était en rapport avec des anomalies correspondantes des autres éléments de la formule. Pour simplifier, nous avons envisagé deux types de réactions :

- 1) celle où le benjoin est positif ou hyperpositif ;
- 2) celle où le benjoin est subpositif ou subnormal.

1^o *Benjoin positif ou hyperpositif, avec une ou plusieurs autres réactions humorales négatives.* — Nous notons : a) La fréquence des discordances avec la lymphocytose et avec la réaction de Meinicke. Cette discordance se réalise :

Pour la lymphocytose, 14 fois ; pour la réaction de Meinicke, 13 fois ; pour le Bordet-Wassermann, 2 fois ; pour l'albuminose, 1 fois ; ce qui, rapporté à un total de 139 cas, donne les pourcentages de discordance suivants :

Lymphocytose	Meinicke	Bordet-Wassermann	Albuminose
— 10 0/0	— 9,3 0/0	— 1,4 0/0	— 0,71 0/0

b) Les discordances se manifestent par ordre de fréquence dans les différentes formes, selon l'ordre suivant : p. g. tabétiformes, 10 fois sur 32, soit 31 0/0 ;

	Formes confuses	Formes dépressives	Formes expansives	Formes sans délire	P. G. tabétiformes	Chiffre total de discordance pour chaque élément
	N. T.	T.	N. T.	N. T.	N. T.	
Albumine...						
Lymphocytose....		1				
B.-W....	1	1	1	4	2	14
Meinicke...	1	1	2	5	3 2	2
Total des discordances pour chaque forme...	1 s/16	3 s/25	5 s/51	11 s/75	10 sur 32	13

formes sans délire, 11 fois sur 75, soit 14,6 0/0 ; formes dépressives, 3 fois sur 25, soit 12 0/0 ; formes expansives, 5 fois sur 51, soit 9,8 0/0 ; formes confuses, 1 fois sur 16, soit 6,2 0/0.

Ces différents résultats sont condensés dans le tableau ci-dessus :

2° Benjoin subpositif ou subnormal, avec une ou plusieurs autres réactions humorales positives. — Les résultats se résument dans le tableau suivant :

	Formes confuses	N. T. T.	Formes dépressives	N. T. T.	Formes expansives	N. T. T.	Formes sans délire	N. T. T.	Formes tabétiformes	Chiffre total de discordance pour chaque élément
Albumine..				1						1
Lymphocytose....			1							
B. W....	4	2	4	2	2	1				
Meinicke..	3	1	4	2	1			1		15 12
Totaux des discordances pour chaque forme ...	0 sur 16	10 sur 25	14 sur 51	4 sur 75	1 sur 32					

On y note :

a) La fréquence des discordances avec le Bordet-Wassermann et le Meinicke.

Cette discordance se réalise : pour le Bordet-Wassermann, 15 fois ; pour le Meinicke, 12 fois ; pour la lymphocytose, 1 fois ; pour l'albuminose, 1 fois, ce qui, rapporté au total de 139 cas, donne les pourcentages suivants :

Bordet-Wassermann	Meinicke	Lymphocytose	Albuminose
— 10,7 0/0	— 8,6 0/0	— 0,71 0/0	— 0,71 0/0

b) Ces discordances se manifestent par ordre de fréquence, dans les différentes formes, selon l'ordre sui-

vant : formes dépressives, 10 fois sur 25, soit 40 0/0 ; formes expansives, 14 fois sur 51, soit 27,4 0/0 ; formes sans délire, 4 fois sur 75, soit 5,3 0/0 ; p. g. tabétiformes, 1 fois sur 32, soit 3,1 0/0 ; formes confuses, 0.

En totalisant le nombre des discordances du benjoin et des autres éléments de la formule, on obtient les résultats suivants :

a) Total des discordances avec les autres éléments de la formule :

Discordances avec le Meinicke, 25 fois ;

Discordances avec le B.-W., 17 fois ;

Discordances avec la lymphocytose, 15 fois ;

Discordances avec l'albuminose, 2 fois.

En d'autres termes : benjoin et albuminose vont de pair dans la formule humorale. On note une dissociation fréquente entre les réactions colloïdales (benjoin, parégorique, Meinicke), et la réaction de fixation (Wassermann).

b) Cette dissociation se réalise, par ordre de fréquence, dans les formes suivantes :

Formes dépressives, 13 sur 25, soit dans 52 0/0 des cas ; formes expansives, 19 sur 51, soit dans 37,2 0/0 des cas ; formes tabétiformes, 11 sur 32, soit dans 34,3 0/0 des cas ; formes sans délire, 15 sur 75, soit dans 20 0/0 des cas ; formes confuses, 1 sur 66, soit dans 6,2 0/0 des cas.

En d'autres termes, c'est dans les formes confuses que s'effectue au maximum la concordance du benjoin avec les autres réactions.

V. Concordance avec les autres éléments de la formule

Dans l'ensemble, les formes à réactions méningées correspondent aux formes avec hyperalbuminose. Celles que l'on observe dans les formes confuses sont typiques à cet égard. Mais même dans ces dernières, elles ne correspondent pas fatallement à une hyperleucocytose trop

considérable. Voici deux formules de p. g. confuses s'opposant à ce point de vue :

Noms	Alb.	Pandy	Weich.	Leuco.	Benjoin	El. par.	B.-W.	Melnické
Pasq.	0,95	++	++	110 22222 22222 20000	22222	22-2	+	+
Maqu.	1,50	+	++	7 22222 22222 21000	22222	22-2	+	+

E. ELIXIR PARÉGORIQUE

La réaction de Targowla à l'élixir parégorique s'est révélée comme suit dans les différentes formes :

P. G.	Positivité absolue		Subpositivité		Négativité	
	Sujets non traités	Sujets traités	Sujets non traités	Sujets traités	Sujets non traités	Sujets traités
Sans délire...	21	14	11	9	2	6
Tabétiformes.	11	3	6	1	4	3
Confuses....	8	2	2	1	1	1
Dépressives..	9	0	4	5	2	1
Expansives...	21	5	11	3	3	0
Paranoïdes...	0	0	0	0	0	1

Les coefficients de *positivité absolue* sont donc les suivants :

a) *Sujets non traités antérieurement* : Formes confuses, 8 sur 11, soit 72,7 0/0 ; formes sans délire, 21 sur 34, soit 61,7 0/0 ; formes dépressives, 9 sur 15, soit 60 0/0 ; formes expansives, 21 sur 35, soit 60 0/0 ; p. g. tabétiformes, 11 sur 23, soit 52,3 0/0.

b) *Sujets antérieurement traités* : formes expansives, 5 sur 8, soit 62,5 0/0 ; formes confuses, 2 sur 4, soit 50 0/0 ; formes sans délire, 14 sur 29, soit 48,2 0/0 ; p. g. tabétiformes, 3 sur 7, soit 42,8 0/0 ; formes dépressives, 0 ; formes paranoïdes, 0.

La *subpositivité* de la réaction s'observe par ordre de fréquence, de la façon suivante, pour l'ensemble des cas :

Formes dépressives, 9 fois sur 21, soit 42,8 0/0 ; formes expansives, 14 fois sur 43, soit 32,5 0/0 ; formes sans délire, 20 sur 63, soit 31,7 0/0 ; formes tabétiques, 7 sur 28, soit 25 0/0 ; formes confuses, 3 sur 15, soit 20 0/0.

La moyenne de positivité absolue (réaction type 22-2) est donc fortement abaissée chez les sujets ayant subi des traitements antérieurs. C'est également chez ces derniers que se trouve la plus grande proportion de réactions négatives, ainsi que le montre le tableau précédent.

Le coefficient de négativité absolue sur un total de 171 réactions a été de 24, soit 14 0/0. Comme le fait remarquer son auteur, cette réaction présente l'avantage de compléter utilement le benjoin dans les cas où ce dernier paraît indécis.

C'est le cas du malade Ber... (p. g. sans délire chez un syphilitique antérieurement traité), dont le Bordet-Wassermann et le Meinicke sont positifs dans le sang et dont la formule rachidienne est la suivante :

Tension : 75. Alb. : 0,50. Pandy : traces. Weichbrodt : 0. Leucocytose : 0,4. Benjoin : 11100.02222.10000. Elixir parégorique : 22-2. Bordet-Wassermann : 0. Meinicke +.

Inversement, on peut observer une formule hyperpositive, avec une réaction de Targowla subpositive. Nous n'avons pu trouver d'explication à de pareils faits.

Dans l'ensemble, notre statistique confirme les bons renseignements fournis par cette réaction, surtout utile à titre de point de comparaison avec d'autres éléments de la formule. Dans un article récent, Mario Flamberti (21) parvenait d'ailleurs aux mêmes conclusions.

F. RÉACTIONS DE BORDET-WASSERMANN ET DE MEINICKE

Nous groupons ces réactions malgré leurs différences de nature, pour suivre plus parfaitement leurs points communs et leurs discordances.

I. *Répartition de la réaction de Bordet-Wassermann suivant les formes.* — Elle se résume dans le tableau suivant :

P. G.	+		±		0	
	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.
Sans délire.....	43	19	2	4	1	5
Tabétiformes...	21	5	2	2	0	2
Confuses.....	11	5	0	0	1	0
Dépressives.....	17	6	0	1	1	0
Expansives.....	27	9	1	1	2	2
Paranoïdes.....	0	1	0	0	0	0

Le pourcentage de positivité suivant les formes est donc le suivant :

a) *Sujets non traités* : Formes dépressives, 17 sur 18, soit 94,4 0/0 ; formes sans délire, 43 sur 46, soit 93,4 0/0 ; formes expansives, 37 sur 40, soit 92,5 0/0 ; formes confuses, 11 sur 12, soit 91,6 0/0 ; p. g. tabétiformes, 21 sur 23, soit 91,3 0/0.

b) *Sujets traités* : Formes confuses, 5 sur 5, soit

P. G.	+		±		0	
	N. T.	T.	N. T.	T.	N. T.	T.
Sans délire.....	34	20	5	2	6	5
Tabétiformes...	8	5	1	1	1	3
Confuses.....	11	4	1	0	0	0
Dépressives	15	6	1	1	2	0
Expansives.....	32	9	2	1	6	2
Paranoïdes.....	0	0	0	0	0	1

100 0/0 ; formes dépressives, 6 sur 7, soit 85,7 0/0 ; formes expansives, 9 sur 12, soit 75 0/0 ; formes délirantes, 19 sur 28, soit 67,8 0/0 ; p. g. tabétiformes, 5 sur 9, soit 55,5 0/0.

II. Répartition des réactions de Meinicke suivant les formes. — Elle se résume dans le tableau ci-dessus :

Le pourcentage de positivité suivant les formes est donc le suivant :

a) *Sujets non traités* : Formes confuses, 11 sur 12, soit 91,6 0/0 ; formes dépressives, 15 sur 18, soit 83,3 0/0 ; p. g. tabétiformes, 8 sur 10, soit 80 0/0 ; formes expansives, 32 sur 40, soit 80 0/0 ; formes sans délire, 34 sur 45, soit 75,5 0/0.

Variétés	Formes	Noms	Alb.	Pandy	Weich.	Leuco	Berjoin	El. par.	B. W.	Meinicke
Sujets jamais traités	Dépressives	Lef.	0,80	+	+	0,8	12222 22222 10000	11-1	0	0
	Sans délire	Bas.	0,50	++	++	8	01110 02000 00000	01-1	0	0
	Expansives	Del.	0,18	traces	traces	?	11100 02222 10000	1-2	0	0
Sujets traités antérieu- rement	Expansives	Tir.	0,30	+	+	1,2	11100 12221 00000	11-2	0	0
	Sans délire	Gros.	0,32	+	0	0,5	01100 02222 00000	0-0	0	0
		Aub.	0,22	0	0	1,2	00000 02210 00000	00-0	0	0

b) Sujets traités antérieurement : Formes confuses, 4 sur 4, soit 100 0/0 ; formes dépressives, 6 sur 7, soit 85,7 0/0 ; formes expansives, 9 sur 12, soit 75 0/0 ; formes sans délire, 20 sur 27, soit 74 0/0 ; p. g. tabétiformes, 5 sur 8, soit 62,5 0/0.

III. Négativité concordante des deux réactions. — Nous l'avons observée en tout 6 fois, dont 3 chez des sujets n'ayant jamais été traités antérieurement.

Dans tous ces cas, le reste de la formule était très atypique (voir le tableau précédent).

IV. Discordance des deux réactions entre elles. — Nous les avons observées par ordre de fréquence.

Formes	Variétés	Sang + L. C. R.	Sang - L. C. R. +	Sang + L. C. R. ±	Sang ± L. C. R. +	Sang ± L. C. R. -	Sang - L. C. R. ±	Total des discordances	0/0
Sans délire...	N. T.	0	1	3	2	0	1	7	17,3
	T.	0	3	2	1	0	0	6	
Expansives...	N. T.	0	2	5	0	0	0	7	15,09
	T.	0	0	0	0	1	0	1	
Confuses	N. T.	0	0	0	0	0	1	1	5,8
	T.	0	0	0	0	0	0	0	
Dépressives...	N. T.	0	0	0	0	0	0	0	0
	T.	0	0	0	0	0	0	0	
Tabétiques...	N. T.	0	0	1	1	0	0	2	15,6
	T.	1	0	2	0	0	0	3	
Paranoïdes...	T.	0	0	1	0	0	0	1	1

a) Sujets non traités : 25 fois sur 125 cas, soit dans 20 0/0 des cas ; p. g. tabétiformes, 5 fois sur 10, soit 50 0/0 ; formes sans délire, 9 fois sur 45, soit 20 0/0 ; formes confuses, 2 sur 12, soit 18,3 0/0 ; formes expan-

sives, 7 sur 40, soit 17,5 0/0 ; formes dépressives, 2 sur 18, soit 11,11 0/0.

b) *Sujets antérieurement traités* : 11 fois sur 57 cas, soit dans 19,2 0/0 ; formes sans délire, 7 fois sur 27, soit 25,9 0/0 ; P. G. tabétiformes, 2 fois sur 9, soit 22,2 0/0 ; formes expansives, 2 fois sur 12, soit 16,66 0/0 ; formes confuses, 0 fois sur 4 ; formes dépressives, 0 fois sur 7.

Plus une fois dans un cas de forme paranoïde.

V. *Discordances entre les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke du sang et du liquide céphalo-rachidien*. — L'indépendance des réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien s'observe dans un certain nombre de cas. Elle ne nous a pas paru avoir une signification particulière.

Dans tous les cas il s'agissait indifféremment de formules céphalo-rachidiennes normales ou anormales par ailleurs. L'influence des traitements antérieurs intervient peut-être. On relève en effet 17 discordances sur 140 P. G. sans traitement antérieur (12,1 0/0) et 11 sur 64 P. G. antérieurement traités, soit 17 1/2 0/0, c'est-à-dire un tiers en plus environ.

G. TENSION

Les chiffres donnés par le manomètre sont relativement indépendants du taux de positivité de la formule.

Seules, les formes confuses dans les syphilis non traitées antérieurement échappent, dans une certaine mesure, à cette règle. Les chiffres extrêmes (34 et 55 0/0) témoignent d'une certaine conformité, avec tendance à l'hypertension modérée.

Dans les autres formes, les chiffres sont beaucoup plus variables. Voici, par exemple, 3 formules de P. G. expansives, révélant les discordances notables entre la tension et les autres éléments.

Le chiffre maximum observé a été de 90 cm., le chiffre minimum de 24 cm. Il n'existe pas de rapport apparent entre la tension et l'aspect clinique de la maladie.

Noms	Tension	Alb.	P.	W.	Leuco.	Benjoin	El. par.	B.-W.	Meinicke
V. Egg.....	70	0,70	+	+	3	11110 12222 20000	2	+	+
Pup.....	40	1,50	+++	++	7	22222 22222 22000	2-2	+	+
Falq.....	25	1,60	+++	+++	25	22222 22222 22100	2-2	+	+

IX. Etude d'ensemble

Si nous groupons — comme cela se fait habituellement dans les autres statistiques — les résultats globaux de notre enquête sur les 204 cas étudiés, en

Sujets traités et sujets non traités

	Formes						Moyenne générale
	Sans délire	Tabétiques	Confuses	Dépressives	Expansives	Paranoïdes	
Tension.....	42,5	44,3	43,3	43,6	43,8	»	43,3
Albuminose....	0,82	0,89	1,03	0,76	0,84	0,42	0,85
Pandy.....	1,93	1,90	2,18	1,34	1,76	1	1,87
Weichbrodt....	1,61	2,06	1,75	1,72	1,62	1,68	1,68
Leucocytose....	26,5	22,5	43,3	22,5	31,3	1,8	27,8
Benjoin.....	2,42	2,12	2,68	2,12	2,72	1	2,44
Elixir parégorique.....	1,42	1,94	1,53	1,28	1,53	0	1,40
Bordet-Wassermann	1,75	1,75	1,88	1,88	1,84	2	1,79
Meinicke	1,59	1,47	1,93	1,91	1,84	0	1,67

négligeant la notion du traitement spécifique antérieur, nous obtenons pour les différentes formes, en utilisant les coefficients mentionnés au début de ce travail, le tableau suivant :

Etudiée par rapport aux différentes formes cliniques, la constance des réponses positives du laboratoire est maxima dans les formes confuses dont le taux général de positivité est de 96,5 %. Les autres formes viennent ensuite avec les taux de positivité suivante :

Formes	Alb.	Pandy	Weichbrodt	Leuco	Benjoin C.		Elixir parégorique		B. W.	Meinicke	Positivité générale			
					positivité		positivité							
					absolu	relative	absolu	relative						
Confuses ...	100	100	100	100	81,2	18,7	66,6	20	94,1	91,6	96,5 %			
Expansives.	100	96	94,4	86,8	86,2	13,7	60,4	32,5	88,4	78,8	92,1			
Dépressives	96,1	96	96,2	80,8	68	32	42,8	42,8	92	84	91,2			
Sans délire.	98,6	94,6	90,7	81,1	82,6	17,4	55,5	31,7	83,7	75	88,8			
Tabétiformes ..	100	96,9	100	75	75	25	50	25	81,2	72,2	87,5			

De ce tableau se dégagent les notions suivantes :

1) *Constance absolue du benjoin.*

2) *En ce qui concerne l'albuminose :*

- a) elle est absolue dans les formes confuses, avec constance absolue du Pandy et du Weichbrodt ;
- b) elle est absolue dans les P. G. tabétiformes, avec constance absolue du Weichbrodt et presque absolue du Pandy.

c) Elle est variable dans les autres formes : absolue dans les formes expansives : moins absolue dans les formes dépressives ou sans délire ; elle s'accompagne dans ces trois cas d'une globulinose moins constante que les P. G. confuses ou tabétiformes. De plus, dans le cadre de cette globulinose, le Pandy serait plutôt plus constant que le Weichbrodt. La moyenne de constance du Weichbrodt pour les 3 formes en question est de :

$$\frac{94,4 + 96,2 + 90,7}{3} = \frac{281,3}{3} = 93,72$$

au lieu de 100 pour les P. G. tabétiformes ou confuses.

3) *Constance de la leucocytose.*

Absolue dans les formes confuses, elle est très grande dans les formes sans délire, expansives et dépressives ; elle n'est manifeste que dans 75 0/0 des cas de paralysies générales tabétiformes.

4) *La constance des réactions humorales.*

Maxima dans les formes confuses, minima dans les P. G. tabétiformes, elle est moyenne dans les autres variétés.

X. Conclusions générales. Déductions pronostiques

Ainsi paraîtrait se justifier la classification humorale des paralysies générales en 3 groupes telle qu'elle se dégageait des premiers résultats rapportés dans ce travail.

1) Il existe une P. G. confuse, dans laquelle les réactions sont hyperpositives et constantes ;

2) Il existe une P. G. tabétiforme, avec très légère dissociation albuminocytologique, au double point de vue du *taux* et de la *constance* de la positivité. L'albuminose est constante, la globulinose presque constante, la leucocytose et les séro-réactions moins constantes que dans toutes les autres formes. Ces faits, déjà signalés par les auteurs même dans les formes évolutives intenses (Targowla) ont été mis cependant plus volontiers sur le compte de formes à évolution lente, dans lesquelles la réaction cellulaire s'atténueait progressivement, après être passé par un acmé (Ravaut).

3) Il existe enfin (cas de beaucoup les plus nombreux), des p. g. sans délire, des p. g. délirantes, à forme expansive ou dépressive, toutes ces formes ayant comme caractères communs :

a) d'avoir la formule la plus proche de la formule moyenne prise pour type ;

b) d'avoir un taux de constance des réactions également moyen, avec constance moindre de la réaction de Weichbrodt ;

4) Dans tous ces cas, le benjoin est toujours positif,

le taux de la positivité étant d'ailleurs variable, allant des formules à réactions méningées jusqu'aux formules subpositives (ces dernières coïncidant alors avec d'autres anomalies de la formule).

En réalité, et c'est là le point essentiel, l'examen des formules montre que l'on peut observer des p. g. authentiques, avec présentation démentielle, désordre des pensées et des actes, délire (de forme d'ailleurs variable), tous faits nécessitant l'internement dans un asile d'aliénés, malgré une formule rachidienne faiblement positive.

Cette notion fondamentale tire son intérêt de la fréquence des cas où la formule se réduit, sous l'influence des traitements actuels de la maladie. Quelle valeur accorder à cette réduction ? Il résulte de ce qui précède que cette valeur est minime. Nous avons vu qu'il suffisait qu'un syphilitique se soit traité, même irrégulièrement, pour que la formule rachidienne, si ce sujet devient p. g., présente des anomalies. Il y a donc quelque chose dans le syndrome clinique qui a échappé à un traitement par ailleurs réducteur partiel de la formule. De même, dans les cas de paralysie générale confirmée et traitée, le traitement agit souvent sur la formule avant que l'état mental se soit sensiblement modifié. Cette négativité est relevée par Sézary et Barbé (22). Commentant les résultats de la stovarsolthérapie, les auteurs observent une disparition totale des anomalies du liquide céphalo-rachidien dans 8 cas, dont 6 n'ont nullement bénéficié du traitement : « Il n'y a donc « aucun parallélisme, écrivent-ils, chez nos paralytiques généraux traités par le stovarsol entre les modifications de leur état psychique et celles de l'état biologique de leur liquide céphalo-rachidien. »

Chez les p. g. malarisés, la même remarque est faite par Leroy et Médakovitch (13) : « La disparition des « réactions sérologiques survenues au cours d'une rémission, ne prouve pas l'extinction des processus « pathologiques, pas plus que leur persistance n'est « une preuve de récidive possible. »

C'est enfin l'avis du Professeur Claude (23) : « Il

« n'est pas inutile de faire observer que le retour à la normale du liquide céphalo-rachidien a pu être constaté chez des sujets n'ayant pas paru bénéficier notablement du traitement malarique au point de vue clinique. »

On ne saurait donc se baser sur la négativité partielle ni même totale des réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien pour affirmer une amélioration parallèle de l'état mental. La « guérison humorale » après traitement quelconque, malaria ou stovarsolthérapie, ou même toute autre thérapie efficace (spécifique ou non), ne signifie pas la « guérison mentale ». L'appréciation de l'atteinte psychique dans la p. g. ne peut donc être fournie par les chiffres de réaction du liquide céphalo-rachidien (véritable syphilimétrie liquido-rachidienne).

Les constatations développées dans les pages qui précèdent ne sauraient donc avoir qu'une valeur purement descriptive. Elles ne peuvent suppléer en aucune façon à l'absence d'examen clinique. Celui-ci reste seul juge de l'appréciation du fond mental et de la sociabilité du malade.

BIBLIOGRAPHIE

1. LAIGNEL-LAVASTINE. — Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. (*Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 21 juin 1901).
2. ACHARD et DEMANCHE (R.). — Lymphocytose céphalo-rachidienne tardive au cours d'une p. g. (*Société de neurologie*, 8 novembre 1906. — *Revue neurologique*, p. 1087).
3. KAHN (P.) et MERCIER. — Un cas de démence paralytique avec syphilis sans lymphocytose céphalo-rachidienne. (*Société de Psychiatrie*, 24 octobre 1912).
4. DUPOUY (R.). — Syndrome paralytique avec conscience et tentative de suicide. Absence d'albumine pathologique et de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. (*Société de Psychiatrie*, 23 janvier 1913).
5. DUPOUY, SCHIFF et Mme RÉQUIN. — Syndrome paralytique très accusé, avec syndrome humorale au minimum. (*Société clinique de médecine mentale*, 17 mars 1924).

6. HAGUENAU (J.). — Le syndrome humorale de la paralysie générale, son application à l'étude des paralysies générales prolongées. (*Thèse de Paris*, 1920).
7. TARGOWLA (R.). — Le syndrome humorale de la paralysie générale. Ses modalités. Sa valeur sémiologique. (*Thèse de Paris*, 1922).
8. SÉZARY et BARBÉ. — (Avec la collaboration de Pomaret et Gallerand). — Evolution des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et du sang chez les p.g. non traités. (*Bulletin et mémoires Société médicale des Hôpitaux* 1924, p. 1335).
- 8 bis. SÉZARY et BARBÉ. — Evolution comparée des réactions humorales et des symptômes cliniques chez les p.g. (*Paris Médical*, n° 40, 2 octobre 1926, pp. 258-265).
9. DE MASSARY. — Discussion à propos de la communication de MM. Sézary et Barbé, id., *Ibid.*
10. TRÉNEL et VUILLAME. — Syndrome paralytique avec réaction de Bordet-Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien. (*Société clinique de médecine mentale*, 17 novembre 1924).
11. Mlle SERIN. — Syndrome paralytique sans réactions humorales. (*Société clinique de médecine mentale*, 18 février 1924).
12. CLAUDE, TARGOWLA, CÉNAC et LAMACHE. — Présentation de malades traités par la malariathérapie. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1929, p. 45).
13. LEROY et MÉDAKOVITCH. — Les réactions biologiques chez les p.g. traités par la malaria. (*Annales médico-psychologiques* 1929, p. 362).
14. LEROY, MÉDAKOVITCH et PRIEUR (M.). — Traitement de la p.g. par la malariathérapie, suivie d'un traitement spécifique mixte à hautes doses. (14 observations). (*Annales médico-psychologiques*, décembre 1928, p. 416).
15. TARGOWLA (R.). — Etude comparative des réactions du liquide céphalo-rachidien dans la p.g., évoluant spontanément et dans les cas traités. (*Bulletin et mémoires Société médicale des Hôpitaux*, 14 novembre 1924, p. 1537).
16. TARGOWLA (R.). — Le syndrome humorale de la paralysie générale. Applications du diagnostic différentiel. (*Presse médicale*, 24 janvier 1925).
17. TARGOWLA, Mlle BADONNEL et G. ROBIN. — Les rémissions dans la paralysie générale. (Etude clinique et humorale). (*Annales médico-psychologiques* mars et avril 1922, n°s 3 et 4, pp. 217 et 320).

18. CLAUDE (H.) et TARGOWLA (R). — Les formes pseudo-paralytiques de la syphilis nerveuse. *Journal médical français*, mai 1924 ; t. XIII ; n° 5, p. 181.
19. TARGOWLA et DUBLINEAU (J.). — Sur une modalité de début de la paralysie générale. (*Société de psychiatrie*, janvier 1929).
20. TARGOWLA. — Le liquide céphalo-rachidien dans les formes évolutives de la paralysie générale. (*Annales de médecine*, octobre 1921, t. X, n° 4, p. 275).
21. Mario FLAMBERTI. — Contribution à l'étude de la réaction de Targowla dans le liquide céphalo-rachidien. (*Presse médicale*, n° 69, 29 août 1928).
22. SÉZARY et BARBÉ. — L'action thérapeutique du stovarsol sodique dans la p. g. (*Annales médico-psychologiques*, février 1929, p. 145).
23. CLAUDE. — Discussion de la communication de P. Abély : « Sur le traitement de la p. g. par le paludisme. » (*Société médico-psychologique*, 25 avril 1929).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 MARS 1930

Présidence de M. CAPGRAS, président

Assistaient à la séance : Mme Minkowska, MM. X. Abély, Beaussart, Bonhomme, Codet, Lauzier, Sengès, Vignaud, membres correspondants.

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

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le D^r Heuyer, médecin des Hôpitaux, membre correspondant, qui pose sa candidature au titre de membre titulaire.

La Société nomme une commission composée de MM. le Professeur Claude, de Clérambault, Rodiet.

2° Une lettre de M. le D^r René Charpentier, secrétaire permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui demande à la Société de se faire représenter à la 34^e session du Congrès qui se tiendra à Lille, du 21 au 26 juillet 1930.

La Société délègue, pour la représenter, les membres du Bureau et M. le D^r Dupain.

Rapport de candidature

M. MARCHAND. — Dans une précédente séance, vous avez déclaré vacante une place de membre titulaire de notre Société et vous avez désigné une commission composée de MM. Pactet, Leroy, Marchand rapporteur, chargée de vous exposer les titres des candidats. Un seul postulant, le D^r Demay, se présente à vos suffrages.

M. Demay possède les titres professionnels suivants : ancien interne des Asiles de la Seine, médecin-chef des Asiles depuis 1922, médecin-chef des Asiles de la Seine depuis 1928, membre titulaire de la Société Clinique de médecine mentale, membre de la Commission des médecins des Asiles au Ministère de la Santé publique, il est membre correspondant de notre Société depuis 1914.

Seul ou en collaboration avec MM. Colin, Rogues de Fursac, Beaudouin, Sizaret, M. Demay a publié de nombreux travaux scientifiques dont je vais vous donner une énumération succincte ; un grand nombre ont été présentés à notre Société sous forme de communications. On peut les diviser en plusieurs groupes.

Dans une première série, concernant la psychiatrie générale et des études sémiologiques, nous relevons sa thèse de doctorat (Paris 1913) sur les psychoses familiales et un mémoire sur l'hérédité vésanique similaire (*Revue de Psychiatrie*, avril 1913). Le Dr Demay montre que de l'étude des maladies familiales il est possible de tirer quelques applications pratiques et il indique dans quelles conditions pourrait se réaliser la prophylaxie des psychoses familiales.

Je citerai encore, dans ce groupe de faits, son travail sur les aliénés criminels, dans le *Traité de Sergent*, les cas cliniques intitulés : « Hallucinations liliputaines au cours d'un syndrome hébéphrénique (Société Médico-Psychologique) ; syndrome parkinsonien et syphilis nerveuse (Société clinique de médecine mentale, 1923) ; perversions consécutives à une diphtérie grave (Société médico-psychologique, 1930).

Les psychoses toxiques ont fait particulièrement l'objet de recherches scientifiques de la part de M. Demay, qui s'est surtout attaché à décrire les formes atypiques de l'alcoolisme subaigu, qu'il s'agisse d'accès périodiques d'alcoolisme (Société clinique de médecine mentale, avril 1912), de délire systématisé d'origine onirique (Société clinique de médecine mentale, 1912), d'auto-accusation délirante avec impulsions homicides (11^e Congrès de médecine légale, 1926), de tentatives

répétées de suicide, séquelles d'alcoolisme (*Société Médico-Psychologique*, 1929).

Etudiant dans plusieurs mémoires les délires systématisés interprétatif et imaginatif, les délires de jalouse, M. Demay montre le danger que peuvent faire courir à la société certains cheminaux, certains vagabonds qui passent pour de simples illuminés ou pour des originaux inoffensifs.

Dans le domaine anatomo-pathologique, nous relevons plusieurs observations intéressantes concernant la paralysie générale à marche rapide (*Société clinique de médecine mentale*, 1911), une tumeur de la couche optique sans syndrome thalamique (*Société clinique de médecine mentale*, 1913), un cas d'anévrisme de la carotide interne ayant simulé une tumeur cérébrale (*Société de Neurologie*, 1926).

M. Demay s'est particulièrement attaché aux recherches thérapeutiques et vous connaissez ses travaux sur les nouvelles méthodes de traitement de la paralysie générale (*Bulletin médical*, 1926), son remarquable rapport, en collaboration avec M. Ladame, au *Congrès de Genève-Lausanne* (1926), sur la thérapeutique des maladies mentales par le travail. Après avoir établi les moyens d'organisation du travail dans les asiles, il montre que certains psychopathes seuls sont susceptibles de bénéficier de cette thérapeutique. Parmi ceux-ci, une distinction primordiale doit être faite : chez les malades curables, le travail est un moyen de traitement ; chez les chroniques, il empêche la concentration exclusive du sujet sur son délire, et les états démentiels eux-mêmes sont longtemps compatibles avec un certain degré d'automatisme professionnel. Je ne ferai que vous citer ses articles concernant l'assistance des aliénés, les services ouverts (*Annales médico-psychologique*, 1928), la loi du 30 juin 1928 (*Congrès d'Anvers*, 1928), le décret du 3 janvier 1922 (*Annales médico-psychologique*), etc.

M. Demay est depuis 1927 le rédacteur de notre journal corporatif, *L'aliéniste français*, et je serai certainement votre interprète en lui adressant nos vifs remerciements pour l'attention vigilante qu'il manifeste pour nous renseigner sur les décrets, projets de loi, informa-

tions, nouvelles, etc., concernant notre profession, et pour la façon énergique avec laquelle il a toujours soutenu nos intérêts.

A l'unanimité, votre Commission vous propose, Messieurs, d'élire M. Demay membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Il est procédé au vote. M. le Dr Demay est élu membre titulaire de la Société à l'unanimité des 19 votants.

Différences clinique et thérapeutique de la paralysie générale chez la femme

par MM. LEROY et MÉDAKOVITCH

L'étude de la paralysie générale féminine a été relativement laissée de côté par les auteurs. On décrit ensemble les formes de la maladie dans les deux sexes, comme s'il s'agissait de la tuberculose pulmonaire ou d'une infection inflammatoire quelconque. La méningo-encéphalite présente cependant, chez la femme, un caractère et des formes particulières.

Le premier mémoire important sur cette question est de SANDER (W.), *Berlin. klin. Wochenschr.* 1870, n° VII), dont le travail consciencieux passe à peu près complètement en revue l'histoire de la paralysie générale chez la femme. Vient ensuite une publication de KRAFT-EBING, faite surtout au point de vue étiologique et pathogénique. JUNG, de Leubus (*Allgemeine Zeitschr. f. Psychiat.*, Berlin, 1879. Vol. XXXV, livre VI, page 625), a donné à ce sujet une intéressante communication, à la *Réunion du Comité des médecins aliénistes de la Silésie*. Sioli a inséré dans la *Charité Annalen*, 1877, p. 455-467, une petite note sur la question.

SCHULE, dans la troisième édition de son *Traité clinique des maladies mentales* (1886), traduit par Dagonet et Duhamel, dit textuellement :

La symptomatologie ressemble, dans ses traits principaux, à celle de la paralysie chez les hommes ; mais, en général,

elle est un peu modifiée. D'abord, tandis que la paralysie, chez l'homme, revêt surtout une forme maniaque, ici, le type ordinaire est une démence tranquille, avec idées de grandeur peu marquées, ou, en tout cas, plus modestes. Les conceptions de l'imagination ont une allure beaucoup plus calme : au lieu des idées ambitieuses indéfiniment exagérées, qui vont toujours en s'élargissant, on ne voit chez la femme que l'euphorie niaise : elle a de beaux habits, beaucoup d'enfants, une santé magnifique, elle est heureuse, etc... Certains cas se rapprochent du type masculin de la paralysie, mais ils sont exceptionnels, et jamais les femmes n'atteignent, au moins d'après mes observations, la même intensité des idées délirantes. La marche est, par suite, plus calme, beaucoup moins bruyante ; les phases maniaques sont moins fortes, et plus courtes ; l'évolution se fait plus lentement ; durant, en général, trois ans chez les hommes, elle se prolonge d'ordinaire pendant six années chez les femmes. Les troubles moteurs sont les mêmes ; cependant, le caractère paralytique prédomine sur le caractère convulsif et ataxique. Les rémissions sont moins fréquentes, de même que les attaques apoplectiformes et épileptiformes, qui sont très rarement observées au stade initial. Les hallucinations sont plus rares. Les symptômes et la marche sont ceux d'un sénium insidieux prématûr, avec caractère congestif modéré, en clinique et en autopsie.

En France, c'est surtout RÉGIS (*France médicale*, 1882, tome II, n° XIV, p. 157), qui a attiré l'attention sur ce sujet, ainsi que son élève COLOVITH (Etude clinique sur la paralysie générale de la femme, *Thèse Paris*, 1882).

Nous ne parlerons pas de la fréquence beaucoup moins grande de la maladie de Bayle chez la femme, étant donné que cette rareté relative, reconnue par tous les psychiatres, a pour unique cause la moindre diffusion de l'infection syphilitique dans le sexe féminin.

Au point de vue psychique — le seul dont nous nous occuperons, — Régis caractérise ainsi la paralysie générale de la femme : début lent, insidieux, léger affaiblissement des facultés, et, en particulier, de la mémoire, un peu d'indifférence affective, une certaine inhabilité manuelle doublée, parfois, d'une lenteur à peine appréciable de la parole. Exceptionnels sont les cas où la

malade présente, comme l'homme, une période plus ou moins longue de dynamie fonctionnelle, pendant laquelle le sujet, surexcité et superactif, va, vient, parle d'abondance, fait des achats, se montre expansif et brillant. L'affection mentale a, chez la femme, une allure progressive tellement lente que le début en passe inaperçu et se perd dans la nuit du passé. C'est ainsi que sans fracas, par transition insensible, la maladie arrive à la période d'état.

Cette période d'état est une forme généralement démentielle, sans aliénation mentale proprement dite : idées effacées, éteintes, torpides, conceptions délirantes rudimentaires, tendances niaises à la satisfaction. Les idées de grandeur portent presque toujours sur les besoins de la vie journalière. Tandis que l'homme distribue places, argent, décorations, la femme, tout en conservant la générosité qui existe à peu près chez tous les paralytiques généraux, tout en prodiguant aussi les cadeaux, s'en tient aux cadeaux utiles. Elle offre des bijoux, mais des bijoux usuels : montres, chaînes, toilettes, provisions de ménage. Les idées mélancoliques et hypochondriaques se montrent assez fréquentes ; elles peuvent même succéder aux idées de richesse chez la même malade, quelquefois même coexister.

Le masque paralytique, ce visage flasque, blême et sans expression, avec effacement des plis cutanés, paraît plus marqué que chez l'homme. La méningo-encéphalite féminine a une marche fruste, effacée, elle ne progresse que très lentement, sans secousses, sans bruit, par une série de transitions pour ainsi dire insensibles. Quelquefois, elle semble s'immobiliser à une période quelconque, surtout la dernière. Elle se prolonge plus longtemps. Les paralysies générales, de durée véritablement insolite, appartiennent presque toujours au sexe féminin. En raison de ces particularités, le diagnostic se montre ici plus difficile.

Il est à noter que les femmes arrivent généralement à l'asile dans un état de démence avancé, facilement explicables, pour des raisons suivantes. Chez les ménagères, les premiers débuts des modifications psychiques

passent inaperçus. Plus tard, quand les malades commencent à devenir désordonnées et négligentes, la famille s'en tient aux remontrances, sans penser à la possibilité d'une maladie mentale. Les dépenses inconsidérées n'aboutissent qu'à enlever à la femme la conduite du ménage. Chez les ouvrières, les troubles mentaux sont plus rapidement appréciés, mais il ne s'agit généralement pas d'emplois liés à des responsabilités. Il en résulte donc que l'affection mentale doit être très avancée pour nécessiter l'internement.

Pour les hommes d'un même milieu social correspondant, le pourcentage de ceux qui ont une certaine responsabilité dans leur profession est bien plus élevé. Dès qu'ils commencent à se montrer négligents et inattentifs, ils se font remarquer par leurs supérieurs : le renvoi du service aboutit rapidement à examiner les causes de l'incapacité de travail et précipite l'examen médical.

Des observations analogues ont été communiquées, en 1901, par JAHRMARKER, dans sa *Contribution statistique à la démence paralytique dans le sexe féminin*. « Les déficiences intellectuelles, dit-il, ne sautent aux yeux que très tardivement, car on est fort peu exigeant pour la capacité psychique de la femme. La plupart de mes malades sont arrivées à l'asile presque en démence complète. Le début de l'affection chez la majorité d'entre elles était beaucoup plus ancien qu'on ne l'affirmait. »

Ayant quitté le service des hommes de l'asile Sainte-Anne pour prendre celui des femmes, nous avons constaté combien ces considérations répondaient à la réalité. Nous nous en étions, du reste, rendu compte depuis de nombreuses années, avec tous les psychiatres soignant exclusivement les femmes.

Un autre point plus intéressant a attiré particulièrement notre attention. Après avoir installé dans notre nouveau service de femmes un centre de malariathérapie absolument analogue à celui organisé par nous

aux hommes, nous avons été surpris de voir la différence des résultats obtenus. Alors que nous employions la même souche, la même technique, le même traitement spécifique consécutif, nous avons remarqué que les rémissions si remarquables et si rapides survenues chez les hommes, à la suite de l'impaludation, se montraient chez les femmes moins fréquentes et moins complètes.

Y a-t-il une différence dans le mode d'action de la malariathérapie appliquée à la paralysie générale chez les hommes et chez les femmes ? Telle est la question, encore presque ignorée, que nous voulons développer devant la Société médico-psychologique.

La remarque personnelle qui motive cette communication n'a pas été sans frapper, également, d'autres psychiatres. Examinons d'abord s'il existe une différence entre le nombre des rémissions spontanées dans les deux sexes. Les statistiques manquent sur ce point. Disons cependant que HOPPE donne un pourcentage de 16,8 0/0 chez les hommes et de 14,9 0/0 chez les femmes. DUBEL, en 1916, rapporte la proportion de 13,5 0/0 pour les hommes contre 6,5 0/0 pour les femmes.

Relativement aux rémissions post-malariaires, nous possédons des documents plus complets.

LEVIN (H.-L.) (*N. Y. State Journ. M.*, 1928, XXVIII, p. 562-564) a publié sa statistique :

Améliorations chez les hommes	53 0/0
Améliorations chez les femmes	36 0/0

BUNKER et HENRY. — Récente méthode dans le traitement de la paralysie générale (*Am. Journ. Psychiat.*, 1929, VIII, p. 681-694), ont remarqué que la femme semble réagir moins favorablement à l'action thérapeutique de la malaria ; ils pensent cependant que cette différence n'est qu'apparente.

BRATZ, de Berlin, a bien voulu nous communiquer les résultats obtenus dans le service de SCHULZE :

	Rémissions complètes	Améliorations	Stationnaires et aggravés	Morts
Hommes	1.100...	31 0/0	19 0/0	40 0/0
Femmes	327...	20 0/0	10 0/0	50 0/0

Les traitements effectués dans notre service de femmes sont de date trop récente pour que nous puissions donner une conclusion définitive sur les résultats obtenus. D'ores et déjà, quelques considérations s'en dégagent. Dans cette publication préliminaire, nous rapporterons quelques observations.

OBSERVATION. — Dam... Marie, ménagère, âgée de 49 ans, entre le 20 octobre 1929 à l'Asile Sainte-Anne. *Paralysie générale avec excitation incohérente caractérisée par des propos sans suite, fuite des idées très accusée, idées de grandeur et érotiques. Troubles de la parole et des pupilles. Réflexes fortement exagérés (ROUBINOVITCH).*

Arrive dans le service, expansive, désordonnée, érotique, avec état maniaque. Variabilité d'humeur. Inégalité pupillaire, réflexe photomoteur normal. Pas de dysarthrie. Pas de modification des réflexes tendineux. Aucun renseignement sur la date de l'infection. Depuis plusieurs années, troubles du caractère au moment des règles, tendance à la méchanceté et à la violence. Soignée il y a plusieurs années par des injections de cyanure de mercure. La dernière réaction de Bordet-Wassermann a été trouvée positive dans le sang, à l'Institut Pasteur (29 septembre 1929).

Impaludation le 12 novembre 1929 : 11 accès.

Traitements spécifiques : Iodure de potassium, du 1^{er} décembre 1929 au 20 janvier 1930, 284 gram. ; Bi-iodure de mercure, du 11 au 20 janvier, 0,50 ; Cyanure de mercure, du 20 au 30 décembre 1929, 0,50 ; Quinby, du 21 décembre 1929 au 12 janvier 1930, 6 injections ; stovarsol, du 28 décembre au 2 janvier, 8,50 ; Sulfarsénol, du 5 au 8 janvier, 0,66.

Cette malade s'est calmée vers la fin des accès. Au commencement de janvier 1930, transformation de la malade qui, devenue raisonnable, sans érotisme, commence à s'occuper à la couture.

Sortie en rémission complète le 14 janvier 1930, au bout de deux mois de traitement. Etat physique excellent ; le poids est passé de 44 à 51 kgr. 500, du 18 octobre 1929 au 20 janvier 1930.

OBSERVATION. — Ock... Eutodie, sans profession, âgée de 41 ans, entre le 25 octobre 1929 à l'Asile Sainte-Anne. *Méningo-encéphalite diffuse et tabes. Ponction lombaire positive. Troubles de la parole. Affaiblissement intellectuel,*

troubles du jugement, logorrhée, agitation motrice avec désordre des actes. (TINEL).

La malade, atteinte de syphilis fort ancienne, présente depuis des années, des douleurs fulgurantes et des réflexes rotuliens abolis. Elle a été soignée depuis dix ans par Quinby, l'arsénic lui occasionnant des fortes douleurs dans les jambes. L'année 1929 fut particulièrement mauvaise. Les premiers troubles mentaux apparurent en avril 1929, sous forme d'excitation et de loquacité. Rétention d'urine.

A l'arrivée dans le service, la malade est agitée, grabataire, avec un état général si précaire qu'on la considère comme perdue. Avant de commencer la malariathérapie, on lui fait suivre un traitement au cacodylate de soude, afin de remonter son état général.

Examen ophtalmologique : Réflexe photomoteur aboli, ainsi que les autres réflexes ; inégalité pupillaire, myosis, fond d'œil sain.

Impaludation par la voie intra-veineuse, le 25 décembre 1929 : 8 accès ; herpès labial durant l'impaludation. Au cours des accès, exacerbation des crises douloureuses tabétiques, au point que l'emploi de la morphine s'est montré nécessaire.

Traitements spécifiques : Iodure de Potassium, 1^{er} au 25 décembre 1929, 125 gr., puis, du 10 janvier au 1^{er} mars 1930, 386 gr. ; Bi-iodure de mercure, du 10 janvier au 1^{er} mars, 0,75 ; Sulfarsénol, du 21 au 30 janvier, 2,70 ; Quinby, du 28 janvier au 1^{er} mars, 16 injections ; Stovarsol, du 8 février au 1^{er} mars, 8 gr.

Le 16 janvier 1930, huit jours après la fin des accès, violente excitation, cris, chants, danses. Jusqu'au 15 février, la malade se montre énervée, désagréable, autoritaire. Amaigrissement progressif de 4 kgr., du 25 octobre 1929 au 12 janvier 1930.

Vers le 20 février, amélioration considérable, la malade est complètement transformée, devient calme, raisonnable, commence à s'occuper. Modification du caractère des crises douloureuses, moins pénibles et moins profondes, sensations plutôt superficielles. Sort en rémission complète le 1^{er} mars 1930, ayant augmenté de 3 kgr., du 12 janvier au 9 février 1930.

Nous avons revu la malade le 28 mars 1930, dans un état de santé parfait, sauf la persistance des symptômes neurologiques. Son médecin, le Docteur Bour, nous a communiqué sa satisfaction et sa surprise de voir une malade paralytique générale tabétique aussi avancée rétablie en 4 mois.

Réactions biologiques avant l'entrée et après la sortie :

Liquide céphalo-rachidien	25 septembre 1929	21 mars 1930
Lympho	8	0,8
Albumine	0,45	0,20
Globulines		négatives
Hecht	positif	
Bordet-Wassermann	positif	négatif

Sang :

Hecht	positif
Bordet-Wassermann	positif.

Cette observation démontre qu'une paralysie générale tabétique avancée n'entraîne pas forcément un pronostic fâcheux et peut être récupérée à bref délai dans une rémission complète (en 4 mois).

OBSERVATION. — Poit... Marie, ménagère, âgée de 44 ans, entrée le 23 novembre 1929 à l'Asile Sainte-Anne. *Paralysie générale, niaiseries, aisance, incurie, crédulité, désorientation dans le temps. Parole ralentie et hésitante, pensée incertaine ; recherche du mot. Résistance puérile à l'examen physique. Filouterie de taxis. Sordidité.* (DE CLÉRAMBAULT).

Date de l'infection inconnue. 3 enfants, pas de fausses couches. Arrive dans le service en démence complète, ne pouvant pas dire son âge, ni la date du jour. Grosse dysarthrie, elle n'arrive pas à prononcer les mots d'épreuve, puisqu'elle ne comprend pas ce qu'on lui demande. Agitation extrême, mots orduriers, insolents, troubles pycho-sensoriels ; injurie son mari, qu'elle voit, et probablement entend, en compagnie d'autres femmes. Gatisme par intervalle. Réflexes rotuliens vifs, réflexe photo-moteurs aboli, fond d'œil sain. Alimentation très mauvaise.

Impaludation le 4 décembre 1929 : 9 accès.

Traitements spécifiques : Iodure de potassium, du 3 décembre 1929 au 25 mars 1930, 436 gr. ; Bi-iodure de mercure, du 11 janvier au 25 mars, 0,80 ; Stovarsol du 28 décembre 1929 au 25 mars 1930, 25 gr. 50 ; Sulfarsénol, du 21 au 30 janvier, 2 gr. 70 ; Quinby, 2 injections seulement, en raison de la stomatite.

Après l'impaludation (derniers accès, 25 janvier 1930), la malade est devenue plus tranquille et s'est bien alimentée. Son poids a augmenté d'un kilogramme du 5 janvier au

16 mars. Au milieu de mars 1930, la malade est tout à fait calme depuis près de deux mois, la dysarthrie se montre moins prononcée, l'état général tout à fait satisfaisant, mais l'affaiblissement intellectuel n'a pas rétrogradé. Une nouvelle impulsion semble nécessaire.

Réactions biologiques (24 mars 1930). Liquide céphalo-rachidien : lympho 86,4 ; albumine 0,71 ; globulines positives ; or colloïdal 55554.32100 ; benjoin 22222.11001.00000 ; Bordet-Wassermann positif ; sang : Bordet-Wassermann négatif ; Hecht négatif.

OBSERVATION. — Le Tal... Henriette, conditionnée, âgée de 30 ans, entre pour la première fois à l'Asile Sainte-Anne, le 30 juillet 1929.

Paralysie générale. Affaiblissement intellectuel, dysménie légère, actes enfantins, vols à cachet démentiel, prend des fruits dans le filet d'une voisine de tramway, sous ses yeux, vole une deuxième fois un portefeuille qu'on vient de lui faire rendre. Propos puérils, euphorie naïve, contentement d'elle-même, se trouve une jolie femme, suggestibilité. Réflexes tendineux normaux. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Sang : Bordet-Wassermann et Meinicke positifs. Liquide céphalo-rachidien : lympho 25 ; Albumine 1,60 ; globulines positives ; benjoin 22222.22222.20000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke positifs (COURTOIS).

Aucun renseignement sur l'infection spécifique.

Les actes ayant nécessité l'internement donnent une idée de sa démence complète, cependant la malade gagnait encore 120 fr. par semaine, en juin 1929, époque où les troubles mentaux sont devenus apparents. Tremblement de la langue et des mains. Pas d'Argyll-Robertson. Sortie légèrement améliorée, sans traitement, le 9 septembre 1929, à la demande instantanée de sa mère.

Revient pour la deuxième fois le 4 janvier 1930. *Paralysie générale, affaiblissement intellectuel, amnésie, désorientation, inconscience de sa situation, incapacité de renseigner sur son état civil, idées délirantes absurdes : elle est reine, elle a 6 restaurants. Mobilité de l'humeur, euphorie, puis irritabilité, agitation. Dysarthrie, tremblement lingual ; pas de signes neurologiques (HEUYER).*

Au sortir de l'Asile, la malade a travaillé un peu dans une usine de papier. Retombée malade le 20 décembre 1929, par attaques épileptiformes, perte de la parole, secousses dans les bras. A son entrée, aucune conscience de son état

morbide. Forme purement démentielle ; légère surdité. Pas d'Argyll-Robertson, fond d'œil sain. Réflexes tendineux vifs. *Impaludation* le 8 janvier 1930 : 8 accès.

Traitemenit spécifique : Iodure de potassium, du 18 février au 25 mars, 223 gr. ; Bi-iodure de mercure 0,30 ; Stovarsol, du 14 février au 25 mars, 18 gr. ; Quinby, du 15 février au 19 mars, 16 injections.

A la fin du mois de mars, grande amélioration, qui s'est développée peu à peu. Reconnaît avoir été malade, fait des calculs élémentaires, ne présente aucune idée vaniteuse, s'occupe à broder. Dysarthrie légère ; pas de tremblement de la langue ni des mains.

Liquide céphalo-rachidien (24 mars 1930) : lympho 11,7; albumine 0,50; globulines positives; or colloïdal 55543.2100; benjoin 22221.12000.00000; Bordet-Wassermann positif; Nonne-Appelt positif; Sang : Bordet-Wassermann et Hecht positifs.

OBSERVATION. — Lut... Mathilde, ménagère, âgée de 49 ans, entrée à l'Asile Sainte-Anne le 28 janvier 1930. *Affaiblissement intellectuel, incohérence des idées, amnésie, approbativité, embarras de la parole, achoppement syllabique, tremblement des lèvres, mouvements en trombone de la langue, tremblement des membres supérieurs et inférieurs, signe d'Argyll-Robertson. Réactions de Bordet-Wassermann et Hecht positives dans le sang* (NATHAN).

Date d'infection inconnue. Dysarthrie remarquée il y a 6 mois.

Démence complète. *Liquide céphalo-rachidien* : lympho 35; albumine 0,45; Pandy positif; Weichbrodt positif; benjoin 22222.22000.00000; Bordet-Wassermann positif.

Impaludation le 3 janvier 1930 : 3 accès : les 10, 11, 12 février, puis les 16, 17, 18, 20. A partir du 21 février, la courbe de la température reste continue, avec tendance à atteindre 42°, le 24 février au matin, sans être influencée par la quinine et le quino-stovarsol à très hautes doses. Mort par collapsus cardiaque, le 24 février 1930.

L'intéressante question des différences possibles dans le mode d'action de la malariathérapie appliquée à la paralysie générale progressive chez les hommes et chez les femmes a été l'objet d'un important travail de SABATZKY (Kurt), (*Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1926, n° XLV, p. 497-501 et n° XLVI, p. 509). A

l'asile Dalldorf, des « Wittenauer Heilstätten », la malariathérapie est appliquée, depuis 1922, avec des résultats des plus favorables et ceci — chose remarquable — seulement dans le service des hommes. Chez les femmes, les succès se sont montrés nettement au-dessous de la moyenne. Dans le but de rechercher les causes de cette divergence particulière, l'auteur, à l'instigation de BRATZ, a étudié 50 cas féminins chez lesquels il s'était écoulé au moins un an depuis la fin du traitement. Il a trouvé : 14 rémissions complètes avec retour de la capacité professionnelle sans aucun signe de déficience psychique ; 14 rémissions incomplètes caractérisées par rétrocession très nette des symptômes psychiques, déficiences manifestes, incapacité de vivre en liberté sans surveillance ; 22 stationnaires sans améliorations ; 6 morts pendant ou immédiatement après la cure, le plus souvent par affection intercurrente (pneumonie, escarre). Pourcentage :

Rémission complète	28 0/0
Rémission incomplète	16 0/0
Sans amélioration	44 0/0
Morts	12 0/0

Les 28 0/0 rémissions complètes subsistaient encore au bout d'une année, mais, si les 16 0/0 de rémissions incomplètes peuvent être considérées comme un succès thérapeutique, ces malades restaient incomplètement améliorées, sans avantages ni pour elles ni pour leurs familles. Le chiffre de 28 0/0 de rémissions complètes s'oppose nettement aux 44 0/0 observés chez les hommes, d'après une statistique de SCHULZE communiquée, le 12 novembre 1923, à la *Société de psychiatrie et de neurologie de Berlin* et portant sur 168 sujets. Ce n'est certainement pas là une coïncidence, en raison du grand nombre des cas envisagés.

Si l'on recherche les causes de cet insuccès dans le sexe féminin, il faut considérer, d'une part, la constitution physique et psychique différente de la femme, d'autre part, les conditions extérieures, comme la position sociale et son rôle dans la famille. Faut-il incriminer la plus faible constitution physique chez la femme ?

Assurément non, car elle supporte aussi bien la cure que l'homme, et l'on observe, chez elle, le même nombre de cas de mort durant le traitement. La capacité réactionnelle vis-à-vis de la fièvre paludéenne n'entre pas davantage en ligne de compte : il n'y a ni ascension plus faible de la température après le frisson, ni diminution de la leucocytose. KALDEWEY considère, cependant, l'évolution fébrile comme plus irrégulière chez les femmes. La fièvre, dans les deux sexes, dépasse 40° et même 41°.

Existe-t-il chez la femme une forme clinique particulière, plus difficilement influençable au point de vue thérapeutique ? Nous avons montré plus haut que la forme démentielle est ici prédominante. Dans les 50 cas de paralysies générales féminines, étudiées par SABATZKY, il y avait seulement 4 cas à allure maniaque. Tous les autres montraient un tableau clinique lent et progressif. Les 4 cas avec excitation expansive présentèrent tous une rémission complète.

On sait que la forme purement démentielle de la méningo-encéphalite a peu de tendances aux rémissions. Dans son travail : *Rémissions dans la paralysie générale*, SCHRÖDER affirme que la rémission est à considérer non pas comme un retour à l'état normal, psychique et somatique, mais comme la terminaison d'une exacerbation. Si cette opinion est exacte, on peut facilement concevoir que les formes expansives sont plus favorables pour la guérison. Ces formes étant relativement rares dans le sexe féminin, les rémissions doivent donc être plus rares que chez l'homme.

Le postulatum de SCHRÖDER est certainement inexact, en ce qui concerne les rémissions obtenues par le traitement infectieux. Tous les psychiatres sont d'accord pour affirmer que les rémissions thérapeutiques se montrent aussi fréquemment dans les formes dépressives et démentielles que dans les formes expansives et agitées. Par conséquent, la forme clinique particulière de la paralysie générale féminine ne suffit pas à résoudre la question. Il n'en subsiste pas moins le fait important que la maladie de Bayle prend, dans le sexe fémi-

nin, un certain mode d'évolution spécial prédominant. Hommes et femmes réagissent d'une manière différente vis-à-vis du même agent morbide. Il est donc possible que l'action thérapeutique soit dissemblable. Ces explications sont, du reste, hypothétiques, étant donné l'insuffisance de nos connaissances actuelles à ce sujet.

Une autre idée, plus accessible scientifiquement, repose sur les processus endocriniens. On peut penser à une influence cataméniale ; toutefois, SABATZKY n'a pu mettre en évidence aucune action favorable ni défavorable de la menstruation féminine relativement à la malarithérapie. Les rémissions complètes, ainsi que les insuccès, se répartissaient d'une manière assez égale à tous les âges ; les 2/3 des femmes impaludées avaient trente à quarante ans. Le pourcentage, dans ce groupe, donne la même proportion que pour le chiffre total. Les troubles d'autres sécrétions internes ne paraissent avoir joué, non plus, aucun rôle.

Un fait intéressant mérite l'attention : le tableau clinique hallucinatoire paranoïde survenant après la malarithérapie, comme l'ont décrit GERSTMANN et DATTNER, se montre particulièrement fréquent chez les femmes. SABATZKY en a observé 15 cas, soit le tiers de ses malades traitées. Les hallucinations de l'ouïe prédominaient, mais il rencontra également des hallucinations visuelles. Un seul de ces cas appartenait au groupe des rémissions incomplètes ; tous les autres se trouvaient dans les cas stationnaires. GERSTMANN considère l'apparition de ces délires secondaires comme favorable et se demande si cette transformation n'est pas l'expression du changement du processus paralytique en une simple syphilis cérébrale. POETZL partage la même opinion. SABATZKY n'est pas du même avis. Ses paralytiques générales impaludées donnaient, la plupart du temps, l'impression de schizophrènes au stade terminal, mais conservaient encore leurs idées mégalomaniaques paralytiques et restaient tout à fait incapables de reprendre leur place dans la société, de telle sorte qu'elles ne pouvaient être considérées ni comme améliorées, ni comme susceptibles de rémissions.

DATTNER regarde ces cas comme de mauvais pronostics. Il a observé, en pareille occurrence, « souvent une bonne mémoire, une personnalité bien conservée, une démence plus lacunaire ». Il suppose que « l'insuffisance hépatique, dans sa fonction de désintoxication, joue ici le rôle principal ». Incontestablement, le foie, lésé par la syphilis, pose des problèmes relatifs à la malarithérapie. Pourquoi, par exemple, observons-nous dans l'inoculation thérapeutique une hypertrophie à peine perceptible de la rate et du foie ? KRÆPELIN a développé autrefois la théorie que, sous l'influence de lésions spécifiques, cet organe produisait peut-être des substances toxiques amenant le tableau clinique de la paralysie générale. Partant de semblables considérations, on peut admettre qu'à la suite de l'impaludation, soit sous l'influence des plasmodes, soit sous l'influence de la fièvre, soit sous l'influence de processus auto-toxiques généraux, le foie arrête la production de substances toxiques et continue à exercer, de nouveau, sa véritable fonction de désintoxication. Ce sont là des vues de l'esprit purement spéculatives, aucune recherche exacte n'ayant encore été faite sur le métabolisme des paralytiques généraux, recherches se rapportant à la désagrégation certaine des lipoïdes, et pour laquelle le foie joue, tout au moins, un rôle générateur.

Relativement aux délires hallucinatoires secondaires à l'impaludation, SABATZKY cherche à les expliquer d'une manière plus simple. La révolution produite par l'impaludation dans le cerveau, les vaisseaux et les méninges influencerait violemment les centres des organes des sens, qui arriveraient ainsi à un état d'excitation favorable à la production des troubles psychosensoriels.

Quant aux modifications du poids, si heureusement influencé, presque toujours, par la malarithérapie, il prétend que, sauf un seul cas en rémission complète, toutes les femmes traitées ont présenté une diminution du poids. Cette opinion est tout à fait en désaccord avec notre expérience personnelle. Nous avons constaté, chez presque toutes nos femmes impaludées, une

augmentation remarquable du poids et une amélioration sensible de l'état général.

L'auteur envisage ensuite ses malades au point de vue social. Elles tirent leur origine d'un milieu ouvrier ou petit bourgeois, à développement intellectuel peu élevé. Dans ces conditions, les exigences de la capacité professionnelle sont petites et une rémission à un faible degré semble suffisante pour la réintégration dans les fonctions antérieures. Ce raisonnement n'exprime pas la vérité. Chez les individus peu cultivés, les déficiences mentales ne peuvent pas être supplées par les capacités tenues en réserve. Dans son étude sur *l'Apparition des symptômes de la paralysie générale*, HOCHE s'exprime ainsi : « Plus on s'élève dans l'échelle des engrenages psychiques, plus riche est la possibilité d'une suppléance, de telle sorte que, dans les fonctions psychiques les plus développées, de petites lacunes peuvent exister sans être perceptibles. Il existe naturellement, à ce point de vue, de grosses différences personnelles, selon le développement plus ou moins riche des connexions psychiques. » Il est beaucoup plus difficile de rendre, de nouveau, socialement utilisable l'individu qui exerce son activité d'une manière purement mécanique.

L'opinion contraire a été défendue à la *Réunion des biologistes* d'Innsbruck, par BONHOEFFER et WEICHBRODT : « Nous ne sommes pas obligés, disent-ils, de voir déjà une rémission complète chez le malade rendu à ses occupations ordinaires, quand il fait tous les jours, comme un âne, le chemin habituel au moulin. » On ne peut cependant pas s'attendre à ce que la thérapeutique développe l'intelligence et quand l'individu, exerçant une profession automatique, devient de nouveau utilisable pour la même activité, on a obtenu le seul résultat possible. Un homme psychiquement développé (artiste, banquier, académicien) pourra beaucoup plus facilement remplir sa profession que celui dont la pensée n'a jamais dépassé les exigences de la vie ; et c'est le cas du plus grand nombre des femmes traitées.

Une question plus importante est celle de la durée

antérieure de la maladie. On peut la déterminer, d'une part, par les données commémoratives de la famille, étant donné qu'il faut interroger d'une manière très serrée et faciliter la tâche des parents, en attirant leur attention sur chaque symptôme en particulier. D'un autre côté, l'examen du tableau clinique permettra de se rendre compte du stade plus ou moins avancé de la maladie. Il faut, cependant, savoir que les modifications de la personnalité et du caractère ne se révèlent qu'au bout de plusieurs années, alors que le processus pathologique est déjà fort ancien.

Pour sa statistique, SABATZKY a utilisé uniquement les chiffres obtenus à l'aide des renseignements des parents. Il a trouvé, comme moyenne de la durée de la méningo-encéphalite avant le traitement : 23,3 mois chez la femme et 17,4 chez l'homme. C'est là une différence considérable. Afin de montrer clairement le rôle de l'ancienneté de la paralysie générale dans les résultats thérapeutiques, il donne les chiffres suivants (calculés en mois), selon les degrés de la rémission :

	Femmes	Hommes
Rémission complète	4,7	5,1
Rémission incomplète	17,3	11
Stationnaires	49,5	42
Décédés	20,5	19,9

Ce tableau indique deux faits très importants : 1° Il n'y a aucune différence, pour les résultats obtenus, entre la durée antérieure de la maladie chez les hommes et chez les femmes. 2° Les espoirs thérapeutiques sont d'autant plus favorables que le malade arrive de bonne heure au traitement.

Le problème de la différence thérapeutique dans les deux sexes se résoud facilement, si l'on considère que les femmes sont soignées beaucoup plus tardivement et entrent dans les cliniques à un stade beaucoup plus avancé. C'est là toute la solution de la question.

Ce point de vue est partagé d'une manière uniforme par tous les psychiatres. Citons ce passage de GERSTMANN : « Plus le cas arrivé à notre observation est

incipiens, plus la maladie se trouve au début de son évolution, plus l'amélioration apparaît régulière à la fin du traitement et plus elle est certaine de progresser, plus ou moins rapidement, dans une rémission complète. Plus les cas à traiter sont avancés, plus l'apparition de la rémission et sa formation sont moins parfaites, car, en pareil cas, à la suite du caractère destructif du processus paralytique, la disparition du tissu nerveux fonctionnel est déjà tellement avancé qu'une rémission ne peut plus se manifester sans déficiences psychiques résiduelles. »

SABATZKY résume ainsi son exposé : 1° Dans la malariathérapie de la paralysie générale, 28 0/0 de rémissions complètes chez les femmes contre 44 0/0 chez les hommes.

2° La raison principale des résultats plus mauvais de la cure infectieuse chez les femmes est que celles-ci arrivent généralement trop tard au traitement. La maladie existait en moyenne 28,3 mois avant l'impaludation, tandis que la moyenne, chez les hommes, était de 17,4 mois.

3° La forme démentielle simple de la paralysie générale, qui représente chez les femmes la forme d'évolution principale, n'est pas moins influençable que les autres formes.

4° La constitution (somatique et psychique), les processus endocriniens, l'âge, les antécédents, l'état général, les particularités de race, ne jouent aucun rôle.

5° Les résultats de la malariathérapie de la femme seront nettement améliorés par le diagnostic précoce de l'affection mentale.

Le niveau mental des paralytiques généraux

par Th. SIMON

Il y a de cela une vingtaine d'années, nous avons publié avec Binet un mémoire sur la démence paralytique étudiée à l'aide de tests divers (1). Depuis, il m'était arrivé de mesurer le degré d'affaiblissement de femmes paralytiques générales, alors que j'étais à l'asile Saint-Yon, mais je n'ai pas eu l'occasion de publier ces essais. Et si j'ai signalé qu'on pouvait peut-être suivre, par des études de ce genre, l'évolution d'une affection considérée jusqu'à ces temps derniers comme fatale, l'intérêt, toutefois, n'en semblait guère que théorique. Il n'en est plus de même aujourd'hui où divers traitements se prétendent efficaces, et c'est en partie ce qui m'a décidé à revenir sur cette question.

L'affaiblissement des facultés reste évidemment l'un des symptômes capitaux de la paralysie générale. Malgré les secours tirés de l'examen du liquide céphalo-rachidien — examen qui semble surtout contribuer à écarter les hésitations du début, — l'existence d'un affaiblissement précise tout au moins l'étendue de l'atteinte des centres nerveux, et c'est aussi le degré de cet affaiblissement qui vraisemblablement commande la vie sociale possible.

Comment nous jugeons cliniquement de cet affaiblissement je n'ai certes pas à vous l'apprendre. Dans l'anamnèse, la manière dont le malade accomplissait, pendant les derniers mois, son travail et les menues besognes journalières fournit des éléments parfois pittoresques. Dans l'interrogatoire, des questions, toujours à peu près semblables, nous renseignent à ce sujet, parmi

(1) A BINET et TH. SIMON. — *Nouvelle théorie psychologique et clinique de la démence*. XV^e année psychologique, 1909, Masson, édit., Paris.

lesquelles celles qui concernent l'orientation sont les plus courantes, et particulièrement celles qui concernent l'orientation dans le temps. A cela s'ajoute ce que nous appelons soit conscience incomplète de sa situation, soit perte de l'auto-critique ; également, l'hébétude du regard, je ne sais quelle immobilité de la face... et, au besoin, l'incapacité de réciter les mois à rebours ou de faire telle ou telle opération arithmétique. Voilà les détails qui, cliniquement, s'additionnent pour donner l'impression démentielle qui assure notre diagnostic. *Ces signes ne laissent toutefois de l'affaiblissement, qu'une impression globale comme il est lui-même, impression sûre peut-être, mais imprécise. Le degré exact n'en est point fourni.* Il ne s'exprime pas par un chiffre. Nous comparons malaisément, et seulement quand les différences dans l'affaiblissement sont considérables.

L'application aux paralytiques généraux de nos tests habituels ne peut-elle combler cette lacune ? Je ne crois pas avoir besoin d'exposer ici notre échelle de tests,(1) mais je voudrais indiquer la possibilité de son usage et les services qu'elle peut rendre.

I

Disons d'abord que l'application de tests à des paralytiques généraux se présente dans deux conditions assez différentes. On a en effet à faire tantôt à des paralytiques généraux simples, qui se prêtent à l'examen sans l'apport troublant de phénomènes d'excitation, tantôt à des paralytiques généraux délirants ou confus, obnubilés parfois par une attaque récente, bref chez qui interviennent des phénomènes accidentels surajoutés.

Avec les premiers — paralytiques généraux simples — on n'a vraiment qu'un minimum de difficultés, et l'examen n'est guère plus malaisé à conduire qu'avec

(1) A. BINET et TH. SIMON. — *La mesure du développement de l'intelligence.* Secrétariat de la Soc. A. Binet, 3, rue de Belzunce, Paris, X^e.

un imbécile ou un débile. La bonne volonté de ces malades est quelque chose de touchant. Ils s'installent paisiblement, regardent, écoutent, répondent... Et, comme après la demande de leur nom, les premières questions que nous posons apparaissent comme une exploration de leur mémoire : répétition de chiffres ou de phrases, on est immédiatement d'accord avec le sentiment de diminution qui existe chez quelques-uns, — une préoccupation qu'ils ont eue parfois, — et l'on ne choque point davantage les autres, assurés de leur intégrité ou heureux de montrer leurs capacités intellectuelles. — Dans ces épreuves de mémoire, l'arrêt est assez précoce.

On aperçoit en outre, en passant, mais dans des conditions qui les font particulièrement apparaître, plusieurs traits de la démence paralytique assez caractéristiques : 1^o la difficulté de faire comprendre une consigne ; 2^o le manque d'effort réel. Car sans doute le malade paraît attentif, mais c'est une attention d'attitude et assez passive, une attention qu'aucune activité intellectuelle ne soutient ; d'autre part, sans doute aussi le paralytique général répond-il avec docilité, mais il répond un peu n'importe quoi.

La répétition des syllabes paraît parfois plus touchée que la mémoire des chiffres, mais, cette fois, pour d'autres raisons : le paralytique n'observe pas la convention du mot à mot, et il arrive que chaque phrase provoque quelque invention.

Les épreuves avec la monnaie se révèlent excellentes. En premier lieu le paralytique général n'a pas habituellement cette attitude un peu vexée que prend un adulte à qui l'on demande de compter 4 ou 13 sous ; il ne vous regarde pas avec étonnement ; il a perdu toute ironie... Il compte les sous qu'on place devant lui. Il les compte gauchement, avec lenteur et des mouvements maladroits des doigts. On observe là toute une mimique fort expressive que connaît, naturellement, quiconque a fréquenté des paralytiques généraux, mais gaucherie qui est soulignée par la modestie des tâches à l'occasion desquelles elle se manifeste. L'inertie de

la pensée se remarque parfois aussi dans la lenteur à trouver la valeur d'une pièce présentée. Enfin le paralytique général s'effondre fréquemment en présence de ce simple problème de rendre la monnaie sur vingt sous. Il s'embrouille, perd de vue la direction donnée, exécute sans sourciller les opérations les plus invraisemblables, comme d'avancer 2 fr. et 10 centimes... Au reste se souvient-il de la consigne qu'on lui a expliquée ? L'a-t-il même comprise quand elle a été énoncée ? Cela est peu probable. C'est trop complexe pour une idéation qui ne fonctionne plus qu'en grippant de la façon la plus irrégulière...

Mêmes constatations lorsqu'on pose des questions dites d'intelligence. A l'occasion de questions faciles, et lors même qu'une réponse satisfaisante y a été donnée, on a parfois la surprise de voir une défaillance du jugement se trahir dans une incidente inutile. Puis, dès que la question s'allonge, dès qu'elle exige, pour être comprise, l'évocation de trop d'images simultanées... la réponse se fait partielle, parfois sur un mot seulement, et, par là, tout à fait à côté. Outre qu'il y a échec le type de l'erreur diffère donc de l'erreur qu'on rencontre chez les imbéciles, comme nous l'avons montré dans le même mémoire que je rappelais tout à l'heure. Aujourd'hui je ne veux retenir que l'incapacité de fournir des réponses correctes aux questions posées selon le degré de difficulté que nous leur connaissons. Car, aussi bien, — comme la répétition de séries de chiffres de plus en plus longues, comme l'exécution ou non de calculs de monnaie — c'est là précisément ce qui détermine le niveau de l'affaiblissement, et par quoi cet examen diffère de l'examen clinique courant, dans lequel on a recours évidemment à des problèmes du même ordre, mais qui ne sont point gradués, dont l'ordre de complexité n'a pas été établi par ailleurs.

Voyons maintenant l'application à des paralytiques généraux délirants ou turbulents.

Je prendrai comme exemple un de ces malades tout à fait classiques, qui vous accueillent avec un sourire

épanoui et des discours incessants dans le genre de ceux-ci :

Monsieur, téléphonez à tous mes parents de venir ici, à tous les maires, tous les députés... Plus haut que ça. Je suis malheureux comme tout. Avec la musique, les pianos... Toutes les richesses, tous les châteaux vous allez les avoir. J'ai des forces hydrauliques, des milliards. Et vous allez être heureux aussi, vous ne mangerez que des pigeons et des tourterelles... Je veux que toute l'Europe soit heureuse, etc., etc.

On est d'abord un peu inquiet et l'on se demande comment on va pouvoir procéder à un examen de niveau avec un pareil bavardage. On n'a même pas besoin cependant d'élever la voix. Contrairement à ce qui se passe avec un maniaque, qu'on n'arrive à dominer que par un diapason plus fort — si on ne le fait pas monter lui-même davantage, — un paralytique bavard comme le précédent est relativement facile à interrompre, et l'on peut obtenir des suspensions suffisantes dont nous verrons tout à l'heure les effets.

Je dois avouer pourtant qu'il arrive de se heurter à des situations insurmontables. Mais, enfin, c'est assez rare, et, un peu d'adresse aidant, il est exceptionnel que, profitant de la mobilité si fréquente de l'humeur des paralytiques généraux, on n'arrive pas à ses fins. L'un des derniers que j'ai examinés avait l'obsession de sa sortie ; il la réclamait en larmoyant ou s'irritait qu'on ne la lui donnât pas immédiatement ; 7 ou 8 fois au cours de l'examen sa colère s'est manifestée ; chaque fois, l'ayant laissé se décharger en de vaines paroles, j'ai pu ressaisir son attention, ramener un sourire, obtenir de lui l'effort que je désirais.

Quels niveaux observe-t-on dans ces conditions variées ? Les niveaux les plus divers : j'ai rencontré dans les asiles des paralytiques avec des niveaux de 5, 4, 3 ans et moins encore. A l'admission, c'est-à-dire chez des paralytiques plus ou moins au début de leur affection, tel malade ne montre pourtant déjà plus qu'une intelligence de 6 à 7 ans ; la plupart semblent se tenir entre 8 et 9. On en voit dépasser des niveaux de 10 ans.

II

Voilà les faits. Quel est maintenant leur sens et quelle est leur portée ?

Relativement à leur sens une première hésitation se présente aussitôt. Nous ne savons pas quel était le niveau antérieur du malade examiné. Mais remarquez que nous ne le savons pas, couramment, davantage, lorsque nous parlons d'affaiblissement à la suite d'un examen purement clinique. Nous n'en avons qu'une présomption par le fait d'une existence normale pendant les années antérieures. Ici la présomption ressort de ce que les niveaux trouvés sont en désaccord avec le niveau habituel des sujets qui ont eu l'existence de nos malades ; elle ressort aussi du contraste entre les niveaux observés et certains reliquats, notamment dans les formes grammaticales des réponses.

Une seconde difficulté bien plus grande est d'ordre théorique. L'affaiblissement observé peut relever de trois mécanismes : lésions cérébrales, — troubles de fonctionnement, — impuissance à répondre par manque d'attention.

Jusqu'ici l'examen ne semble pas permettre de trancher entre ces hypothèses. Qu'est-ce qui est définitif ? On observait déjà autrefois des arrêts et parfois même des améliorations. Il reste probable que la marche progressive de l'affection faisait exagérer la part démentielle.

La variation du fonctionnement d'un moment à l'autre, la mobilité des signes intellectuels (faits de mémoire ou de jugement), analogue à l'inconstance des accrocs de la parole, devrait probablement les faire attribuer en partie à des troubles circulatoires.

L'action de l'excitation et du délire est l'action habituelle : elle ajoute à l'abaissement tel qu'il est réalisé par les causes précédentes. Des greffages incohérents tels qu'en entraîne un état d'excitation, des confusions entre ce que le malade entend et les idées qui peuplent son esprit, contribuent à rendre impossible une adaptation correcte. La présomption est telle par-

fois qu'on a la conviction de ne pas toucher une impuissance véritable... En désire-t-on un exemple ? Nous posons au paralytique général dont j'ai parlé tout à l'heure, cette question très simple : « Quand on a été frappé par un camarade, sans qu'il l'ait fait exprès, que faut-il faire ? » Il nous répond : « Je le f... à Cayenne. A Cayenne tous les voyous... » C'est un cas de perception partielle, mais l'excitation du malade peut en être l'origine.

Il va donc de soi que le niveau trouvé, fonction de toutes ces causes (et peut-être en est-il d'autres) n'exprime qu'un résultat autrement délicat à interpréter que la faiblesse de niveau mental d'un imbécile ou d'un débile.

Quelle sera alors l'importance d'un niveau pris dans ces conditions ? La suivante. Quelle qu'en soit l'interprétation, le niveau constate, fixe un état de fait, il représente une sorte d'inventaire des capacités du malade dans l'état où il se présente au moment où on l'examine. C'est un repère auquel on pourra le comparer, parce qu'un examen identique pourra être répété après une période plus ou moins longue de traitement. Pareil examen permettrait en somme de substituer à une impression vague une formule objective.

Egalement il serait intéressant de savoir — à quelle cause que soit dû l'effet du traitement, et ne s'agirait-il que de la disparition des phénomènes surajoutés — avec quel niveau mental sort un paralytique général qu'on remet en liberté...

Il ne semble pas qu'on puisse aujourd'hui négliger ces problèmes. Je me propose de compléter dans une communication ultérieure les modalités de l'examen méthodique auquel on peut souhaiter de voir soumettre les paralytiques généraux, mais il me semble, de toutes façons, qu'une prise de niveau doive faire partie de cet examen. Il n'y a pas d'enfant arriéré qui ne subisse aujourd'hui cet examen, sauf impossibilité absolue ; il n'y a pas de paralytique général, dans un service où on les traite, qui ne doive y être soumis avant et après le traitement.

DISCUSSION

M. DELMAS. — A la suite de la très intéressante communication que vient de nous faire M. Simon, je voudrais lui poser une question : dans quelle mesure y a-t-il lieu de tenir compte, dans des recherches de cet ordre, du niveau intellectuel du malade, avant le début de la p. g.? Il est évident qu'il existe une très grande différence, à ce point de vue, entre un intellectuel et un paysan et on ne peut pas ne pas se demander, si les résultats de l'examen, dans ces deux cas, pourront être interprétés de la même façon.

M. SIMON. — Cette différence doit être prise en considération ; elle sera l'objet de recherches ultérieures. Mais, indépendamment de cette différence, nous pouvons dès maintenant déterminer le niveau mental aussi bien d'un professeur que d'un paysan atteint de p. g., pour comparer les résultats avant et après le traitement et juger ainsi de l'efficacité de celui-ci. A ce point de vue la méthode employée peut nous fournir des données fort intéressantes. J'en ai eu une confirmation encore récemment. Parmi les p. g. que j'ai eu l'occasion d'examiner au Service de l'Admission, il s'en trouvait un qui avait été traité antérieurement ; c'est chez lui que j'ai trouvé le meilleur niveau mental.

M. CHARPENTIER. — Je profite de cette communication de M. Simon pour rendre hommage à son œuvre. Je ne puis pas ne pas constater, avec regret, à cette occasion, que sa méthode est moins pratiquée en France qu'à l'étranger, et plus particulièrement qu'en Amérique, là-bas j'ai vu l'appliquer couramment non seulement dans les écoles, mais encore dans les établissements psychiatriques. Cela tient, en partie du moins, à ce que les médecins, en Amérique, passent toute la journée dans leurs services et ont à leur disposition des aides pour les recherches expérimentales.

M. SIMON. — Si je ne me trompe, malgré l'extension qu'a prise en Amérique la méthode des tests, on ne l'a pas employée, de la façon dont je l'ai fait aujourd'hui,

pour l'examen systématique du niveau mental chez les p. g. Cela tient probablement à ce que, chez les p. g., cet examen demande beaucoup plus de temps que chez les imbéciles, et, de plus, doit être fait par le médecin lui-même, cela parce que l'interprétation des données recueillies est souvent difficile et nécessite des connaissances cliniques suffisantes.

M. CHARPENTIER. — Au cours de mon voyage en Amérique, je n'ai pas vu non plus employer les tests chez les p. g.

M. CLAUDE. — Je voudrais souligner encore une fois tout l'intérêt que présente la communication de M. Simon et le remercier de ses études. Celles-ci sont appelées à rendre les plus grands services au psychiatre, là surtout où il aura à assumer une responsabilité du point de vue social. Je crois d'ailleurs que les examens proposés par M. Simon devraient être pratiqués assez souvent chez les p. g. traités, et cela en raison des variations dans le temps qu'on observe chez eux. D'autre part, les conditions, chez ces malades, ne sont pas les mêmes que chez l'enfant ; nous nous trouvons en présence d'un cerveau formé, dont l'activité est dégradée par la maladie ; je crois donc qu'il est indispensable, comme l'a dit M. Delmas et comme l'a confirmé M. Simon, de tenir compte du niveau antérieur du malade.

M. DELMAS. — Le niveau mental n'est d'ailleurs pas le seul critère de la conduite du malade ; chez les malades améliorés par le traitement, nous voyons parfois subsister des éléments de substitution ou encore un certain degré d'affaiblissement moral qui peuvent avoir pour conséquence un désordre important dans les actes.

M. SIMON. — Les tests ne visent évidemment que le niveau mental du sujet ; les résultats ainsi obtenus doivent forcément être complétés par l'examen clinique, là où il s'agit d'apprecier la conduite du malade. D'ailleurs, comme l'application des tests chez le p. g. demande une heure et même parfois davantage, le clinicien aura l'occasion de constater indirectement, au

cours de cet examen, la présence d'autres éléments, plus particulièrement de la substitution dont a parlé M. Delmas.

Suicide, moyen de défense de l'entourage d'une aliénée méconnue

par Paul COURBON

La malade dont je rapporte l'histoire est un exemple des conséquences tragiques que la méconnaissance de la nature morbide de la conduite d'un aliéné en liberté peut avoir sur son entourage.

Cette femme, cyclothymique constitutionnelle, qui ne fut reconnue malade et internée qu'à l'âge de 69 ans, a, sa vie durant, tyrannisé ou bouleversé son foyer et poussé au suicide successivement, à de nombreuses années d'intervalle, 3 personnes avec qui elle vécut : deux maris qu'elle avait contraints à l'épouser malgré eux, le premier à l'âge de 38 ans, au bout de 18 ans de ménage ; le second, à l'âge de 76 ans, après 8 ans de ménage et une tante de 62 ans chez qui elle habita 10 ans entre ses deux mariages.

Orpheline dès l'âge de 10 ans, elle fut élevée par des tantes maternelles qui la mirent en pension jusqu'à 15 ans et lui firent apprendre le métier de modiste.

Je ne sais rien de précis sur ses antécédents. Mais voici les renseignements exacts que j'ai recueillis de son fils et des personnes qui viennent la voir.

A l'âge de 26 ans, elle se fit épouser, malgré l'opposition de toute la famille et le peu d'enthousiasme de l'intéressé lui-même, par son cousin germain paternel, plus jeune qu'elle de 6 ans. Elle l'avait séduit et elle lui attribua la paternité d'une grossesse, qui se termina par la naissance d'un garçon, deux jours seulement après la célébration du mariage. Un second garçon naquit quelques années plus tard, qui seul a survécu, l'autre ayant été tué à la guerre.

Le premier mari était un très brave homme qui, après avoir échoué aux examens supérieurs, avait dû renoncer à être ingénieur pour devenir comptable dans une impor-

tante compagnie de navigation. Il avait une assez jolie fortune et se serait contenté de cette situation modeste, si les extravagances de sa femme ne l'avaient obligé à chercher des emplois plus lucratifs.

Celle-ci en effet, pensant que son époux manquait d'autorité et de sagesse, se mit en devoir de prendre la direction du ménage. Sous prétexte de se créer des relations, elle faisait des visites à tort et à travers, attirant chez elle des gens bizarres ou suspects, invitant à déjeuner ou à dîner des inconnus.

Pour parer à l'insuffisance de gains invoquée par le mari, elle se mit en tête de se faire revendeuse de chapeaux ou de corsages qu'elle commandait par douzaines dans des maisons de gros et qu'elle se flattait de repasser avec bénéfice aux personnes de sa connaissance. Pour le jour de la Toussaint, elle se faisait apporter une voiture de plantes et de bouquets qu'elle revendait à la porte des cimetières.

Des conflits de toutes espèces éclataient avec les acheteurs récalcitrants et avec les fournisseurs impayés. La marchandise se gâchait d'autant mieux qu'il arrivait souvent que la marchande fût la première à renoncer brusquement à ses ventes, déclarant que ça ne l'intéressait plus. Elle rentrait alors dans sa chambre et n'en sortait plus pendant des journées entières. Puis, redevenue alerte, elle annonçait que d'autres idées lui étaient venues qui rattraieraient au centuple le dommage causé par la mauvaise spéculation passée.

Dans ses périodes d'excitation, elle se passionnait autant qu'au sien propre, au bonheur des autres ; amorçant ou entamant des fiancailles ; corrigent les gamins ; dispensant le blâme ou la louange ; conseillant chacun ; se substituant aux parents près des enfants et aux enfants près des parents ; avertissant les maris des légèretés de leurs femmes, excitant ces dernières contre la négligence de ceux-là ; agitant et brouillant tout le monde.

Tant et si bien que le mari débonnaire crut bon de changer de métier et de résidence. Il tenta de l'ostréiculture dans un village des bords de l'Océan, et serait peut-être parvenu à réussir, sans la désastreuse collaboration de sa compagne. Sous prétexte d'améliorations, elle commandait des agrandissements fastueux, et sous prétexte de propagande, donnait des dîners et des fêtes somptueuses, faisant parfois faux bond à ses invités, parce qu'épuisée, disait-elle, des préparatifs.

Excédé et à demi-ruiné après 5 ans d'efforts, le pauvre diable obtint dans les Antilles, sur la recommandation de

ses anciens patrons, une belle situation dans une plantation de café et de sucre. Mais ses bénéfices ne suffisaient pas à couvrir les dettes perpétuellement renouvelées de sa femme qui continuait, en dépit de la défense qu'il lui en faisait, à exploiter les huîtres à sa façon.

Dégouté de la vie, brouillé avec ses parents et ses amis, qui fuyaient tous devant sa redoutable épouse, il se tira un beau jour un coup de revolver dans la tempe sans avoir prévenu personne. Personne néanmoins ne fut étonné de ce suicide, le disparu ayant fréquemment déclaré être désespéré de l'existence qu'il menait depuis son mariage.

Veuve à 44 ans avec 2 garçons à élever, notre héroïne s'adressa à une tante maternelle, paisible vieille fille, rentière de 52 ans qui vivait à Paris. Celle-ci ouvrit son logement au trio et ce fut fini de sa tranquillité. Avec les enfants dont elle surveilla particulièrement l'éducation, elle eut de la satisfaction : tous deux eurent de bons métiers et une bonne conduite. Mais sa turbulente nièce, comme le prouvent les lettres trouvées depuis sa mort, ne lui causa que des chagrins. Ce furent d'abord les ennuis de la succession embrouillée du défunt. Mais ce furent surtout les complications créées par l'imagination effervescente de sa compagne.

Celle-ci s'installa comme nourrice sèche, et, se sentant de taille à élever plusieurs nourrissons à la fois, encombrait l'appartement de berceaux ; prenait envers les familles des engagements qu'elle ne pouvait pas tenir ; inventait des façons d'emmailloter ou de nourrir les bébés plus ou moins bien acceptées des parents ; accusait sa logeuse des échecs de ses méthodes ; pendant des journées entières s'alitait ou même disparaissait du domicile laissant la pauvre fille se débrouiller toute seule au milieu des vagissements des marmots et du courroux des mères.

La malheureuse devait faire face aux dépenses, décommander des amoncellements de provisions, recevoir les plaintes de l'entourage : son impérieuse nièce ne s'avisaît-elle pas, par exemple, de menacer du revolver une jeune fille qu'elle soupçonnait d'avoir de galants rendez-vous dans la cour de l'immeuble.

Au bout de 7 ans d'une vie pareille, elle tomba dans un abattement de plus en plus grand, et un matin, après avoir maintes fois répété que sa nièce lui rendait la vie insupportable, elle se jetait par la fenêtre et mourait le lendemain.

Peu après cette mort dont elle manifesta un immense

chagrin, notre femme fatale, que ses enfants adultes et raisonnablement casés n'encombraient plus, repartit au village où son mari et elle avaient été ostréiculteurs. Elle y retrouva un de leurs anciens domestiques, qui, maintenant veuf et douanier retraité ne demandait qu'à finir ses jours en paix.

Mais elle décida qu'il l'épouserait. Il résista à toutes ses avances. Elle se mit alors à se promener par le village, exhibant un ventre de plus en plus proéminent, en criant contre l'infâme conduite de ce séducteur qui allait faire d'elle une fille-mère.

Est-ce la crainte de la mésestime de ses compatriotes, ou au contraire est-ce la fierté de paraître capable encore de paternité à son âge ? Toujours est-il que ce vieillard de 68 ans épousait cette gaillarde de 58 ans, dont le ventre se dégonfla le soir même des noces. Elle se vanta aussitôt après, d'avoir mis un coussin sous ses jupes pour obtenir le mariage.

En somme, à 32 ans de distance le même procédé de chantage à la maternité lui réussissait ; mais il avait fallu cette fois simuler la grossesse, puisque la nature lui refusait sa complicité.

Le mariage n'en fut pas moins désastreux pour la proie. Ses deux fils se brouillèrent avec lui ; ses économies furent englouties dans des placements aussi désavantageux que la réfection d'un parc d'huitres qui ne reçut aucun hôte ; ses objets étaient, en son absence, portés au Mont-de-Piété. Il avait des colères et des désespoirs violents. Il buvait, se lamentant sur son remariage, menaçant de se tuer ou de tuer son « démon de vieille », et un jour, on le trouva, la tête fracassée au pied de la falaise.

Ce nouveau veuvage la mit à la charge du seul fils qui lui restait. C'est un garçon sérieux, modeste mécanicien et brave cœur qui vient régulièrement apporter des douceurs à sa mère, aux jours de parloir, depuis qu'elle est internée. Il essaya vainement de la garder auprès de lui quelques mois. Elle partait pendant des semaines, allant s'installer chez des personnes qu'elle avait connues jadis et qui ne pouvaient plus se débarrasser d'elle. Elle adressait des requêtes au Ministre de la Guerre, prétendant faussement avoir droit à des pensions du fait que son fils ainé était mort pendant la guerre. Il parvint à la faire hospitaliser dans une maison de religieuses pour convalescentes où on la reçut avec enthousiasme, parce qu'en y arrivant, elle était abattue, contrite, et que, pendant 2 mois, elle resta dans sa chambre,

sans rien dire. Mais, brusquement elle devint déchaînée, insolente, menaçante, semant la discorde. Et d'urgence, on téléphona au fils de venir la chercher. Il la conduisit au service de Prophylaxie Mentale où on la fit passer à Ste-Anne d'où elle arriva dans mon service il y a plus d'un an.

Elle s'y révéla comme une cyclothymique à phases de dépressions n'allant jamais jusqu'au mutisme, et d'excitations n'allant jamais jusqu'à l'agitation, mais se traduisant par le syndrome de la manie taquine. Alors elle se mêle de tout, donnant à manger aux malades qui sont à la diète, réduisant les portions qu'elle juge trop grosses, donnant la potion de l'une à sa voisine, sous prétexte qu'elle en a plus besoin, faisant des marchés avec les démentes, volant les lucides quand elles sont absentes, accusant perfidement les visiteuses, calomniant les infirmières, colportant l'injure.

Le récit des méfaits de cette existence désordonnée mérite bien à celle qui l'a menée l'épithète de fléau domestique, proposé par M. de Clérambault pour les individus dont l'extravagance malfaisante s'accompagne d'une lucidité suffisante pour que la nature morbide en soit méconnue. Mais l'identification de la maladie mentale de ces fléaux est beaucoup plus facile que celle des conditions psychologiques prédisposant l'entourage à être leurs victimes.

Il serait bien plus intéressant d'exposer l'état mental des trois suicidés que de montrer la cyclothymie banale de leur bourreau. Je n'ai malheureusement que peu de renseignements sur eux.

Il semble certain que chez tous l'affectivité l'ait emporté sur l'intelligence. Aucun ne songea à incriminer la maladie, dans la turbulence d'une compagne qu'ils s'acharnèrent tous à apaiser par des années de résignation et de patience. Ajoutons que le premier mari n'était pas parvenu à réussir à ses examens de fin d'études. Tous étaient timides, modestes et paisibles.

La vieillesse a pu rendre plus tentante la fuite des tracas dans la mort pour les deux derniers âgés de 64 ans et 78 ans, par l'extinction du goût de la vie qu'elle apporte physiologiquement chez la plupart des vieillards.

Mais chez aucun des trois, l'impulsion au suicide n'était héréditaire, aucune mort volontaire n'étant connue dans leurs familles. Et ils n'avaient pas de parenté entre eux, puisque les deux d'entre eux qu'une consanguinité reliait à la malade étaient l'un son cousin paternel, l'autre sa tante maternelle.

Tous avaient annoncé leur intention de mettre fin à leurs jours pour échapper aux ennuis domestiques et ils le firent sans avoir attiré l'attention par un trouble quelconque du raisonnement ou des actes.

Il est donc permis de dénier à ces suicides prévus et exempts de toute anomalie concomitante de la conduite, une origine pathologique. Ils apparaissent comme la conséquence de l'exaspération produite par les extravagances d'une aliénée méconnue chez des individus peu attachés à l'existence, mais non psychopathes. Plus attachées à l'existence et moins patientes, c'est par l'homicide ou le meurtre de leur bourreau que ces victimes auraient pu réagir.

Je doute que le cas que je rapporte soit unique. Et je pense que le suicide, réaction de défense de l'entourage, est à signaler comme l'un des effets que peut avoir la méconnaissance de la maladie d'un aliéné en liberté, effets à l'étude desquels Dupré donna le nom d'interpsychologie morbide.

DISCUSSION

M. DELMAS. — La solution à prendre à l'égard d'un malade de cette sorte est particulièrement difficile. Même si les victimes de cette malade s'étaient adressées en temps voulu à un psychiatre, il aurait probablement hésité à l'interner. C'est pourquoi il me paraît important de réunir des cas de cet ordre pour en dégager une ligne de conduite générale. La décision deviendra plus facile à partir du jour où la notion de déséquilibre continu, basé sur une constitution psychopathique bien marquée, aura acquis droit de cité, de façon à justifier, à elle seule, des mesures médico-légales, c'est-à-dire la déclaration de l'irresponsabilité d'une part et l'assistance psychiatrique dans un éta-

blissement spécial de l'autre. La psychiatrie actuelle se trouve désarmée en présence de ces malades lucides, ayant apparemment leur libre arbitre et disposant d'une dialectique suffisante, et c'est là qu'il devient nécessaire de mettre davantage en relief, tant au point de vue théorique que pratique, la valeur nosologique des constitutions. Dans cet ordre d'idées, je me borne-rai à rappeler que c'est surtout l'association d'éléments hypomaniaques et paranoïaques qui peut déterminer des réactions particulièrement pénibles et graves.

M. DUPOUY. — La communication de M. Courbon me fait penser à trois cas analogues dont j'ai eu à m'occuper récemment. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'une femme, véritable bourreau domestique ; ayant à ma disposition un dossier volumineux, je rédigeai, après examen de la malade, rendu d'ailleurs très difficile par son attitude, un certificat d'internement ; mais la malade n'est restée internée que quelques mois et est devenue depuis le bourreau de sa sœur. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une femme, bourreau de son mari ; après l'expérience faite dans le cas précédent, j'écartai l'internement en me disant que la malade était assez lucide pour obtenir bientôt sa sortie ; je conseillai le divorce. Le troisième cas concerne un homme qui martyrisait sa femme et allait jusqu'à pousser sa fille au suicide. Après un examen minutieux, je ne trouvai pas d'éléments suffisants, au sens de la loi actuelle, pour un certificat d'internement. Je conseillai à nouveau le divorce, seule solution qui me paraît possible à l'heure actuelle dans les cas de cet ordre.

La séance est levée à 18 heures.

Un Secrétaire des séances,

E. MINKOWSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 17 mars 1930

Indice physiologique de fatigabilité, par M. H. LAUGIER. — Exposé des mesures ergographiques permettant de différencier les individus au point de vue de la réparation du système neuro-musculaire au cours du travail. Le rapport des quantités de travail effectuées jusqu'à l'épuisement, suivant que le sujet produit des contractions soulevant un poids déterminé sur deux rythmes différents, constitue un indice intéressant qui caractérise la plus ou moins grande facilité avec laquelle le système neuro-musculaire se répare.

Aggravation des crises chez une épileptique ovariotomisée, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Une femme, âgée actuellement de 39 ans, épileptique depuis l'âge de 29 ans, n'avait que des accès rares et nocturnes. Après une ovariotomie avec hystérectomie pratiquée en 1925, surtout dans l'espoir de combattre l'épilepsie, tous les symptômes comitiaux s'aggravèrent (crises diurnes fréquentes, équivalents psychiques, troubles de la mémoire), auxquels s'ajoutèrent les malaises habituels de la castration chirurgicale. Les auteurs insistent à nouveau sur les dangers d'une telle intervention chez les épileptiques.

Mélancolie chronique avec modifications du liquide céphalorachidien, par MM. P. SCHIFF et A. COURTOIS. — Deux malades présentent depuis plusieurs années un état mélancolique avec épisodes anxieux nécessitant l'hospitalisation. Pendant les premiers mois de l'affection, hyperalbuminose, réactions de Pandy positive dans un cas, extension de la courbe de précipitation du benjoin dans la zone méningistique. Régression des altérations liquidiennes sans modification de l'état mental. Les auteurs discutent la possibilité d'une atteinte initiale inflammatoire et probablement infectieuse de l'encéphale comme cause de l'état mental devenu chronique.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

Un nouveau ministère

Par décret présidentiel inséré au *Journal Officiel* (n° du 2 mars), M. Désiré Ferry est nommé ministre de la Santé publique.

Concours de médecin du cadre des asiles publics

Ce concours est ouvert au Ministère de l'Intérieur le 31 mars et s'est terminé à l'Asile clinique le 5 avril.

M. F. ADAM remplaçait comme juge titulaire M. OLIVIER qui s'était excusé.

Seize candidats étaient inscrits, quatorze ont effectivement concouru.

1. M. le Dr BARUK, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris.
2. M. le Dr VIÉ, interne à l'Asile de Maison-Blanche. Ensuite, par ordre de classement, MM. les Docteurs :

A. SIZARET, HUGUES, PICHARD, Mlle le Dr PÉLISSIER, MM. les Drs MESTRALLET, DUCHENE, interne à l'Asile de Maréville, TEULIÉ, BASTIÉ.

Nominations

M. le Dr Paul ABÉLY, médecin-chef de service au quartier d'aliénés de l'hospice de Tours, est nommé médecin-chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice, en remplacement de Mme Daniel SANTENOISE.

M. le Dr DAUSSY, médecin-chef à l'asile public de Pierrefeu, est nommé médecin-chef au quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix.

Ce dernier poste n'avait pas encore été occupé par un médecin du cadre. S'il a pu être récupéré, nous le devons à l'action personnelle de M. Haye, chef du 1^{er} Bureau à la direction de l'Assistance et de nos collègues Lagriffe et Gouriou, que nous tenons à remercier ici.

Nécrologie

Le docteur Emery Blin, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine, membre de la Société médico-psychologique, et de la Société des Artistes Français, est décédé subitement le 23 mars 1930. Les obsèques ont eu lieu dans l'intimité.

Le docteur Georges Lachaux, ancien interne des Asiles de la Seine, Directeur de la Maison de santé de Sainte-Marthe, à Marseille, Chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, décédé à l'âge de 62 ans.

Nous adressons à Mme Blin et à MM. Ch. et J. Reboul-Lachaux l'expression de notre profonde sympathie.

Légion d'honneur

Sont nommés chevaliers :

Le Dr Ch. PERRENS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin-chef à l'Asile de Château-Picon. Le Dr Th. SIMON, médecin-chef des Asiles de la Seine, à Perray-Vaucluse.

Le Dr GENIL-PERRIN, médecin-chef des Asiles de la Seine, à Perray-Vaucluse, médecin expert de neuropsychiatrie au Centre de réforme de Paris.

CONGRES

DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIV^e Session, Lille (21-26 juillet 1930)

Bureau de la 34^e Session : PRÉSIDENT, M. le Professeur ABADIE (de la Faculté de Médecine de Bordeaux).

VICE-PRÉSIDENT, M. le Dr PACTET, Médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL, M. le Professeur COMBEMALE, Médecin-chef à la Clinique Départementale d'Esquermes (Lille).

Programme des travaux et des excursions

Lundi 21 juillet. — 10 heures. — Séance solennelle d'ouverture, dans la Salle des Fêtes de l'Université, rue Auguste-Angellier, sous la présidence de M. A. Chatelet, Recteur de l'Université de Lille. — 14 h. 15. — 1^{er} Rapport. — Psychiatrie : Le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. Rapporteur : M. le Docteur Lamache, ancien chef de

clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 18 heures. — Réception par M. le Maire de Lille et l'Administration municipale, au nouvel Hôtel de Ville (tenue de ville). Visite de l'Hôtel de Ville.

Mardi 22 juillet. — 9 h. 15. — 2^e Rapport. — Neurologie : Les réflexes de posture élémentaires. Rapporteur : M. le Dr Delmas-Marsalet, Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 14 h. 15. — Séance de communications. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 17 heures. — Visite de la Clinique départementale d'Esquermes. Thé. Garden-party. (Prendre le tramway B, descendre rue St-Bernard, ou le tramway P, au boulevard des Ecoles, descendre rue d'Esquermes).

Mercredi 23 juillet. — 9 h. 15. — Assemblée générale du Congrès. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon.

N. B. — L'Assemblée générale du Congrès sera immédiatement suivie de l'Assemblée générale de l'Association Amicale des médecins des Etablissements d'aliénés de France.

14 h. 15. — Séance de communications (avec projections). Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 16 heures. — Excursion à Armentières. Départ en auto-car. Visite de l'Etablissement autonome et Vin d'honneur, offert par MM. les membres de la Commission administrative. Président, M. le Sénateur Dron, président du Conseil Supérieur de l'Assistance publique. Retour à Lille en auto-car, pour 18 h. 30, Place du Palais-Rihour (Prix : 15 fr.).

Jeudi 24 juillet. — 9 h. 15. — 3^e Rapport. — Assistance psychiatrique : L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades présentant des troubles mentaux. Rapporteur : M. le Dr Calmettes, Médecin-chef de l'asile de Limoges. — 14 h. 15. — Séance de communication. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 16 h. 30. — Visite du Palais des Beaux-Arts, sous la direction de M. Théodore, Conservateur général des Musées du Palais des Beaux-Arts de Lille (la carte de congressiste sera exigée à l'entrée). — 21 heures. — Soirée offerte par le Congrès à l'Hôtel Delannoy, rue Nationale, 210. Tenue de ville. (Tramways : F. H. I. K.).

Vendredi 25 juillet. — 9 h. 15. — Séance de communications. Au Grand Amphithéâtre de l'Institut de Physique, 50, rue Gauthier-de-Châtillon. — 12 heures. — Excursion à Lens et à Notre-Dame-de-Lorette. Départ en auto-car de la Place du Palais-Rihour. — 13 heures. — Arrivée à Lens, devant le siège central des Mines de Lens. Visite des vastes installations de surface de la société. — 17 heures. — Départ en auto-car pour Notre-Dame-de-Lorette. Visite du Cimetière National et de « La Lanterne des Morts ». Panorama des Champs de bataille de l'Artois. Retour à Lille pour 20 h. 30. (Prix des places en auto-car, Lille-Lens-Lorette et retour : 28 fr.).

Samedi 26 juillet. — 8 h. 30. — Excursion à Bailleul. Départ de la Place du Palais-Rihour en auto-car pour Wytschaete, Kemmel, Loore, Mont Rouge, Mont Noir, St-Jans-Cappel, Bailleul. — 11 h. 30. — Visite de l'Etablissement autonome et réception par MM. les Membres de la Commission administrative. Président : M. le Pr Combemale, doyen honoraire de la Faculté de Médecine de Lille. — 13 heures. — Banquet offert aux Congressistes par les Asiles autonomes d'Armentières et de Bailleul.

Renseignements généraux

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres adhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 50 francs. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin recevront les rapports dès leur publication.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au Congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents, et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 30 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et les excursions.

Pour s'inscrire, envoyer le montant des cotisations, en francs français, chèque sur Lille, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal, avec indication précise des noms et adresses des membres adhérents et des membres

associés, au Docteur P. Combemale, Secrétaire général de la 34^e Session, 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). (Compte de chèques-postaux : Lille, n° 15.802).

Centenaire de l'Indépendance de la Belgique
SOIXANTIÈME ANNIVERSAIRE
DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MENTALE DE BELGIQUE
X^e CONGRES BELGE DE NEUROLOGIE
ET DE PSYCHIATRIE
Liège (28-30 juillet 1930) (1)

Secrétariat général : Docteur A. Leroy, 18, rue Beeckman, Liège. *Trésorerie* : Docteur Devos, 2, rue Willems, Gand. Compte chèques postaux belges : 1599.97.

Bureau de la Session

Président d'honneur : M. Xavier Francotte, Professeur honoraire à l'Université de Liège.

Présidents : M. le Docteur R. Titeca, Président de la Société de Médecine Mentale de Belgique ; M. le Docteur B. Dujardin, Président de la Société Belge de Neurologie, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Vice-Présidents : M. le Docteur H. Hoven, médecin-délégué de l'Asile de l'Etat à Mons ; M. le Docteur G. Bouché, agrégé à l'Université de Bruxelles.

Secrétaires généraux : M. le Docteur A. Leroy, Secrétaire de la Société de Médecine Mentale de Belgique ; M. le Docteur Rod. Ley, agrégé à l'Université de Bruxelles, Secrétaire de la Société Belge de Neurologie.

Membres : M. le Docteur Alexander ; M. le Docteur P. Vervaeck ; M. le Docteur Rubbens.

Programme

Dimanche 27 juillet 1930 : Visite de l'Exposition d'Anvers.

Lundi 28 juillet 1930 : à Liège : A 10 heures : Séance solennelle d'ouverture du Congrès dans la Salle académique de l'Université de Liège, Place du Vingt-Août. Discours de

(1) Organisé par la Société Mentale de Belgique et la Société Belge de Neurologie.

M. le Docteur R. Titeca, Président de la Société de Médecine Mentale de Belgique, et de M. le Docteur B. Dujardin agrégé, Président de la Société Belge de Neurologie. — A 11 h. 3/4 : Réception par l'Administration Communale de Liège (tenue de ville). — A 14 heures 1/4 : Exposé et discussion du rapport de MM. le Prof. Divry et le Docteur Moreau, « sur les angionévroses ». Communications diverses. — A 20 heures : Soirée théâtrale offerte aux membres étrangers.

Mardi 29 juillet 1930 : En la Salle Académique de l'Université de Liège : A 9 heures 1/4 : Exposé et discussion du rapport de M. le Docteur J. Ley sur « Les troubles congénitaux du langage ». Communications diverses. — A 14 h. 1/4 : Séance de communications. — A 19 heures : Banquet offert aux participants étrangers.

Mercredi 30 juillet 1930 : Visite de l'Exposition de Liège.

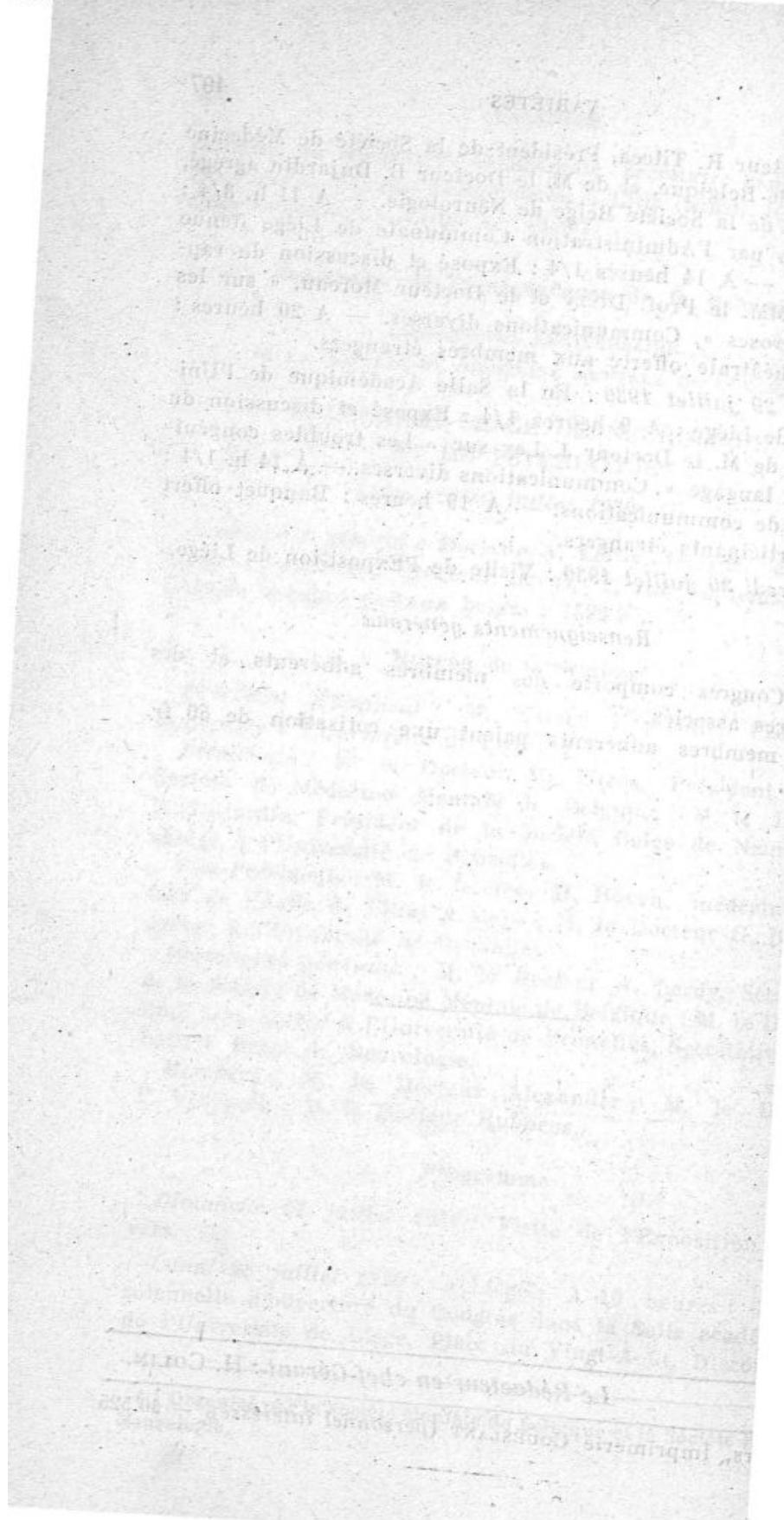
Renseignements généraux

Le Congrès comporte des membres adhérents et des membres associés.

Les membres adhérents paient une cotisation de 50 fr. belges.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 40.525



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNES

ETUDE CLINIQUE

DE LA DÉMENCE MÉLANCOLIQUE PRÉSÉNILE

Par le Dr HALBERSTADT

Médecin des Asiles

Dans un travail paru ici-même en 1928 et consacré aux différentes formes de la mélancolie présénile, nous avons essayé de montrer que celles-ci étaient presque autonomes. Il semble en effet résulter de leur étude que chacune d'elles est caractérisée non seulement par un ensemble de symptômes assez particuliers, mais, chose plus importante à nos yeux : par une évolution spéciale en quelque sorte spécifique pour chaque forme. Une preuve de plus de leur autonomie est celle-ci : une de ces formes ne se transforme pas dans une autre et sauf peut-être tout à la fin du processus morbide, quand l'artériosclérose et l'affaiblissement sénile viennent faire leur œuvre et uniformiser le tableau morbide reste parfaitement individualisée. C'est à tort que l'on essaie d'établir entre les états dépressifs de simples différences symptomatologiques (mélancolie anxieuse ou

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. I. Mai 1930.

1. 26

non, délirante, hallucinatoire, avec ou sans inhibition psychique, etc.). Ils diffèrent avant tout par leur évolution et ce principe est pleinement applicable aux mélancolies préséniles. Rappelons du reste que déjà Falret connaissait ces choses. Capgras, qui par sa thèse de 1900 contribua beaucoup à faire connaître en France les idées de Kraepelin sur ce chapitre de la pathologie mentale, indique précisément que Falret avait montré, dès 1861, qu'il fallait tenir compte, pour la classification des états mélancoliques, « de la marche et de l'évolution prévues des maladies, véritable base des espèces naturelles ».

Nous désirons consacrer le présent article à une forme spéciale appelée « démence mélancolique présénile », que nous n'avons pu décrire dans le travail précité que d'une manière succincte et sans nous écartter, en somme, de la description donnée par Kraepelin dans la huitième et dernière édition de son *Traité*. Nous nous basons sur trois observations personnelles poursuivies pendant plusieurs années. Il importe de dire que le terme de « présénile » doit être compris dans un sens très large. Grunthal a fait remarquer récemment qu'il s'agit simplement de psychose débutant vers l'âge moyen de l'existence sans qu'il y ait nécessairement un rapport quelconque avec des phénomènes d'involution.

Pour notre part, nous estimons que peut être classée dans cette catégorie, le cas échéant, toute maladie mentale débutant après la quarantaine, du moment que l'on trouve dans l'espèce les syndromes cliniques et l'évolution caractéristiques des psychopathies préséniles en général. Une définition plus rigoureuse serait d'ailleurs impossible et risquerait de laisser de côté bien des formes cliniques.

Il ne nous paraît pas inutile de donner tout d'abord un court historique de la question. Le premier auteur qui doit être cité après Kraepelin est Stransky (1905). Il groupe certains cas atypiques sous la dénomination de « démence tardive » et essaie de les différencier de la catatonie débutant à cet âge. Il ne semble pas cepen-

dant qu'il ait suffisamment mis en lumière la prédominance, dans certains de ces cas, de l'élément mélancolique. Gaupp, en 1905, et Spielmeyer, en 1912, défendent les conceptions de Kraepelin sans apporter de précisions nouvelles. En 1913, Albrecht publia un travail dans lequel était soutenue la thèse de l'autonomie de la mélancolie d'involution. Or, précisément, un des arguments mis en avant par l'auteur est le suivant : certains cas de dépression présénile aboutissent, après un seul accès, à un état démentiel sans aucun phénomène surajouté d'artériosclérose cérébrale. Dans une revue générale publiée la même année, en collaboration avec Arsimoles, nous avons également rappelé que certains états préséniles évoluaient vers un affaiblissement intellectuel « après une période de dépression et de négativisme ». Nous ne citerons ici que pour mémoire le travail de Medow (1921), dont nous aurons encore à parler ultérieurement. Il traite d'une forme dite « figée » de mélancolie présénile caractérisée par un affaiblissement intellectuel relativement léger, beaucoup moins accentué en tout cas que celui de notre psychose. Signalons aussi la thèse de Paul Abély (1923), consacrée aux « terminaisons de la mélancolie ». Cet auteur a su montrer toute l'importance des stéréotypies en tant qu'élément de pronostic. Oksala (1923), a insisté surtout sur les analogies avec la catatonie tardive. L'année suivante, Lhermitte et Nicolas, dans un travail capital (« La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques »), ont parlé des « formes démentielles pernicieuses de la sénilité et surtout de la prédécadence sénile », en adoptant, au point de vue de la classification, la manière de voir de l'auteur finlandais. Van der Scheer, en 1927, a décrit une forme appelée par lui « dysphrénie antitonique » et caractérisée essentiellement par des phénomènes mélancoliques et confusionnels survenant à l'âge présénile et se terminant par un état démentiel spécial. Ljusternik, en 1928, parle de la terminaison des psychoses d'involution par un état d'affaiblissement intellectuel moyen qu'il faut distinguer à la fois de la schizophrénie et de l'artériosclérose cérébrale. Nous avons déjà fait allusion à notre travail paru

la même année dans les *Annales*. L'année 1929, enfin, a vu paraître la revue générale de Grunthal, dont il a été question plus haut, et le mémoire de Rawak, qui étudie l'évolution des psychoses anxieuses en montrant que leur pronostic est souvent défavorable.

Nous donnerons maintenant nos observations personnelles.

OBS. I. — Mlle H., 41 ans, entrée le 3 mai 1923.

A. H. — Père mort subitement de cause inconnue. Mère bien portante. Il y a eu 13 enfants dans la famille dont 3 morts jeunes. Il reste à la malade 9 frères et sœurs bien portants.

A. P. *Début*. — La malade a toujours été normale, sobre, bien équilibrée, travailleuse. Trois semaines avant l'entrée a été opérée d'une hernie. Huit jours après l'opération, est devenue anxieuse et agitée: découragement, idées de suicide, insomnie, sitiophobie; en même temps, excitation très marquée.

Etat à l'entrée. — Ce qui domine, c'est la dépression mélancolique avec inhibition psychique et périodes de forte anxiété. Paraît inquiète, découragée, désesparée. Se lève souvent de son lit. Ne mange pas volontiers. Il existe quelques idées hypocondriaques. Doute de la guérison de sa hernie, en parle continuellement. On note des troubles sensoriels, mais il ne semble pas s'agir d'hallucinations véritables. Est aux aguets. Ecoute attentivement et aussitôt qu'elle entend une voix dans les couloirs croit reconnaître des paroles que lui adressent des membres de sa famille. Regarde au plafond et appelle sa sœur: « Répondez à ma place. » Dit: « Ma sœur n'est pas venue tout à l'heure? » Il n'y a pas de confusion: elle connaît son nom, son âge, sait quels sont les mois et l'année en cours, se rend compte qu'elle se trouve dans un Asile. Il y a d'ailleurs une certaine conscience de sa maladie: « Je suis ici parce que je suis un peu prise » (montre d'un geste la tête). Parfois on a l'impression d'être en présence de phénomènes hystériques, tellement certains symptômes paraissent exagérés. Il existe même un très léger maniérisme (ferme les yeux d'une façon un peu artificielle). Le fonds mental est celui de la moyenne des personnes de sa condition sociale. L'examen physique donne des résultats entièrement négatifs, sauf l'existence d'une légère albuminurie (disparue ultérieurement).

16-5-23. — Tristesse. Inquiétude. Parfois, agitation anxieuse. Est toujours aux aguets. Nombreuses illusions sensorielles. Pleure : « Ils peuvent me tuer, je vais me jeter à l'eau. » Absorbée. Obnubilée, mais suffisamment orientée.

18-5-23. — Pleure comme une enfant. Dit : « Je ne sais pas m'expliquer », puis marmotte des paroles inintelligibles (élément hystérique).

21-5-23. — Depuis deux jours, anxieuse au plus haut point. Se lève constamment de son lit. Essaie de s'étrangler avec ses draps, sa camisole, etc. Veut mourir à tout prix. Appelle son frère et sa sœur, mais ne paraît pas hallucinée. Gémit. Pleure. Inattentive à l'ambiance.

15-6-23. — Tristesse, avec périodes d'agitation, anxieuse. Répète parfois la phrase entendue. On lui dit : « Etes-vous triste ? » Répond : « Etes-vous triste ? » Question : « Vous avez l'air d'être malheureuse ? » Réponse : « J'ai l'air d'être malheureuse » Croit entendre qu'on l'appelle par son nom. Parle relativement peu : ton mélancolique, phrases courtes, entrecoupées de soupirs. Va et vient. Suit les malades. Parle quelquefois de son opération, mais n'énonce pas d'idées délicantes, mélancoliques, nettes. S'arrache la peau.

25-8-23. — Déchire le linge. Résiste à tout. Se mutile. Se déchausse constamment. Se déplace sans cesse mais dans un cercle restreint. Paraît désorientée. Marmotte des phrases inintelligibles.

4-9-23. — Continue à être triste et anxieuse. A quelques fausses reconnaissances. Parfois s'assied à terre comme un tailleur, évite de s'asseoir normalement sur une chaise.

5-10-23. — Pas de changement. Résiste. Se déshabille constamment. Se mutile. Cercle restreint d'idéation. Répète cent fois la même chose.

10-12-23. — Parle beaucoup, mais de choses insignifiantes : vêtements des frères et sœurs, endroit où ils les ont achetés, prix payé, etc. Débraillée. Ne reste pas un instant tranquille : s'accroche à tout, se déboutonne, se gratte. Répète souvent les phrases entendues.

19-1-24. — Pas de changement. Idées persistantes de suicide. Inquiète et excitée.

1-5-24. — Gémit sans cesse. N'a ni délire défini ni hallucinations. Quand elle a adopté une phrase, la répète un grand nombre de fois. Par exemple : « Je suis catholique aussi. » — « Je veux travailler. » Est, bien entendu, absolument inactive.

5-6-24. — Débraillée. Négligée. Inquiète et subanxiante.

22-11-24. — Plaintes stéréotypées d'ordre mélancolique. Se plaint d'accusations imaginaires : « Je n'ai rien volé, rien volé. » Répète cette phrase tout le temps.

10-1-25. — Ne cesse de se disculper. Gémît. Idées persistantes de suicide.

18-6-25. — Déchéance intellectuelle progressive. Langage étrange, parfois stéréotypé.

25-7-25. — Pas de changement.

9-10-25. — Grimaces continues. Attitude stéréotypée. Continue à se défendre contre les accusations de vol. Etat démentiel évident.

En 1926-1927, il n'y a pas eu de changement, sauf une courte période d'amélioration en 1926, mais sans lendemain.

1928. — Pas de changement. Se lamente d'une manière stéréotypée. Idées de suicide. Automutilation. Se défend contre des accusations de vol. Négligée. Débraillée. Inactive. Gâteuse.

1929. — Pas de changement.

Avril 1930. — Etat mélancolique chronique avec déchéance intellectuelle profonde. Débraillée. Essaie de se mutiler. Tient les yeux demi-fermés. Aucune activité. Stéréotypies d'attitude. Résistante (modérément). Répète un nombre incalculable de fois ces phrases : « Je n'ai pas volé, je n'ai rien fait de mal. » Ni impulsive ni agitée. Indifférence affective à l'égard de la famille. Pas d'hallucinations.

OBS. II. — Mlle P., entrée à l'Asile le 24 juin 1925, à l'âge de 46 ans.

A. H. — Une tante a eu un accès d'aliénation (suicidée) Grand-père maternel suicidé. Père bien portant. Mère tuée par bombardement. Une sœur morte à 6 mois. Un frère mort de diphtérie. Un frère bien portant.

A. P. — Pas d'antécédents pathologiques dignes d'être retenus. Début en été 1924. A été surmenée, puis est devenue mélancolique et a perdu l'appétit. Parfois, périodes d'énerverment. A peur d'être guillotinée ou d'aller en prison. Aurait des « visions ». Dit qu'on lui « cause ». On lui a « suggéré des idées de malheur ». Tentative de suicide. Aucune périodicité dans les phénomènes morbides, mais développement progressif. Caractère habituel plutôt gai. « Maintenant voit tout en noir. Dit qu'elle a été trop gaie jadis ».

Examen à l'entrée. — S'explique d'une façon claire et lucide. Réclame instamment sa sortie. « Je suis nerveuse. Je

n'ai pas de courage, pas de forces. J'ai maigri de trente livres en peu de temps. J'ai peur de tout. Je vois la guillotine, j'ai peur d'aller en prison parce que je ne serai pas en état de nourrir mon père. On me condamnera pour cela. » Pas d'inhibition. Au contraire : parle avec une certaine exubérance, une expansivité nettement anormale. Tout à coup pleure et se lamente. Parfois, dit-elle, à la maison, se mettait debout dans un coin et restait ainsi immobile pendant des heures les bras croisés : « Mon père arrivait à midi, rien n'était prêt. » N'entend jamais de voix, mais a parfois des « idées » telles que celle-ci : « Il me semble parfois que des gens me parlent et me disent : tu vas aller à l'échafaud. » De même pour les troubles sensoriels visuels : ce ne sont pas des hallucinations vraies, mais de l'« imagination ». Pas d'idées de culpabilité ni d'indignité. Pas d'idées hypocondriaques. Il s'agit plutôt d'apprehensions morbides et aussi d'une peur d'être insuffisante à sa tâche : « Je voulais mourir parce que j'avais peur de l'avenir. » Fonds mental légèrement débile. A été assez mauvaise élève à l'école, « ne pouvait rien approfondir ». De plus, exubérante, « bavarde ». Pas de symptômes neurologiques constatés.

27-6-25. — Devient légèrement excitée. A l'« intuition » que son frère est mort. Ce matin a dit qu'une malade de la salle était « le bon Dieu ».

27-7-25. — Le délire continue. Une malade est la Vierge, une autre saint Joseph. Légèrement excitée, mais sans fuite d'idées. Quand elle se croit seule et non observée, l'excitation cesse brusquement. « La Vierge m'a dit que je vivrai 1.000 ans comme le Juif Errant. On dit que je ferai un crime sans le savoir et que je serai guillotinée. » On a l'impression de quelque chose d'artificiel comme s'il y avait un élément hystérique.

3-7-25. — Affirme, avec de grands gestes théâtraux et un ton déclamatoire, que la Vierge est là. En se promenant au jardin, a remarqué que les malades courbaient la tête : c'est une allusion à l'échafaud, où l'on doit courber la tête avant d'être guillotiné. Pas d'hallucinations réelles, mais quelques illusions d'ordre dépressif. Reste pendant longtemps immobile sur une chaise. Aucun symptôme de la série catatonique.

7-7-25. — « Je vais être guillotinée et crucifiée. »

24-7-25. — Pas de changement. Se met parfois à genoux et demande pardon. Souvent se déplace sans but, va et vient dans la salle avec un air inquiet. Dit : « J'entends du haut

du ciel que je vais vivre 100.000 ans, que je serai guillotinée. Je suis Lucifer. »

6-8-25. — Légère excitation persiste, mais idées délirantes moins stables et moins accentuées. Peut se dominer quand elle veut.

10-10-25. — Gémit. A peur. Dit qu'elle a offensé le bon Dieu. Semble parfois avoir des idées puériles.

7-11-25. — Est parfois excitée au point de casser des carreaux. Refuse la nourriture. Devient malpropre, négligée, échevelée. Refuse d'écrire aux siens. Affaiblissement intellectuel.

1-12-25. — Attitudes stéréotypées. Par exemple : reste dans un coin longtemps sans bouger. « Le bon Dieu m'a dit que je devais faire comme cela. » Mais hallucinations réelles douteuses.

26-1-26. — Pas de changement.

18-2-26. — Pendant des journées entières reste dans une situation stéréotypée : les deux oreilles bouchées par les doigts, la tête un peu baissée. Un démon est en elle. Elle a de « mauvaises pensées ».

9-6-26. — Tient des propos délirants : « Je suis punie. J'entends cela tous les jours. J'ai mangé tout le monde. J'ai de mauvaises pensées. J'entends causer nuit et jour..., il me semble que j'entends, je corresponds dans ma tête avec des personnes. »

8-9-26. — Etat stationnaire. Résistante. Stéréotypée.

19-11-26. — Etat stéréotypé et figé. Reste pendant longtemps immobile, dans la même situation. Dit : « Je suis venue ici pour être coupée en morceaux. »

28-1-27. — Etat nettement mélancolique. Reste pendant des journées dans un coin, les oreilles bouchées, dans une attitude stéréotypée. « Il y a ici un mystère. Je l'entends dire. On me dit que je suis punie, parce que je n'étais pas assez pieuse. J'ai de vilaines idées. On va me guillotiner. » Les troubles sensoriels semblent consister en partie en illusions, en partie en hallucinations. Pas de désagrégation de la personnalité. L'état affectif est en plein accord avec le délire.

28-9-27. — Affaiblissement progressif de l'intelligence. Gâtisine intermittent. Même délire. Elle fait du mal aux autres « par les pensées ». Deibler va venir.

1928. — Etat stéréotypé démentiel. A accueilli avec une certaine indifférence la nouvelle de la mort de son père. Reste pendant des journées entières dans un coin, la

tête couverte d'un tablier, les yeux fermés, la tête penchée, silencieuse. Parfois refuse la nourriture. Parfois est gâtureuse. Inactive. Puérile. Pas impulsive. Négligée. Conserve les idées mélancoliques : « J'ai fait du mal. Je pense à de mauvaises choses. J'attends qu'on me tue. »

1929. — Pas de changement.

Avril 1930. — Depuis environ trois semaines, garde le lit. Commettait en dernier lieu des actes tout à fait démentiels : se couchait à terre, s'enfonçait les doigts dans les yeux, avalait n'importe quoi. Reste couchée, immobile, les yeux fermés. Déchéance intellectuelle profonde. N'est jamais agitée ni impulsive. Fonds mélancolique persistant. Quand après de multiples efforts on obtient une réponse, celle-ci consiste toujours à dire qu'elle a mal fait.

Oes. III. — Mlle V., entrée le 17 octobre 1925, à 42 ans.

A. H. — Père âgé de 74 ans, « a perdu la mémoire ». Une tante aliénée.

A. P. — Début. — N'a jamais présenté de troubles psychiques. Exerce la profession de corsetière. La maladie a débuté en septembre et s'est développée assez rapidement. Est devenue excitée, inquiète. Dit qu'elle n'est pas coupable, qu'elle a la conscience tranquille. Est allée deux fois en pleine nuit réveiller un prêtre.

Etat à l'entrée. — Etat mélancolique. Triste et inquiète. Rapporte à elle-même tout ce qui se dit. Affirme qu'elle a été « ensorcelée » : « Je pensais que j'étais ensorcelée parce que je ne savais quoi penser, je n'ai rien fait de mal... ». A peur qu'on ne l'accuse de fautes inexistantes : « Je crois que c'est une personne qui a tort et qui est en défaut et qui cherche à faire retomber sa faute sur moi. » Dit être allée trouver un prêtre la nuit pour lui dire qu'elle n'était pas coupable. A une certaine conscience de sa maladie. Se demande parfois si elle n'a pas tort de tenir les propos qu'elle tient et qui ne sont basés que sur des suppositions. Pas d'hallucinations. Pas de confusion.

31-10-25. — A des périodes d'anxiété. Pleure. Sitiophobie partielle. « J'ai eu peur qu'on ne m'accuse de quelque chose. On avait volé au village. Je pensais qu'on me soupçonnerait. J'ai entendu prêcher contre l'impureté. J'ai pris cela pour moi, mais à tort, car je n'ai rien à me reprocher. Je suis désolée d'être obligée de rester ici. » A eu quelques idées d'influence.

9-11-25. — Même état. Semble avoir des troubles senso-

riels : « On dit derrière moi : voleuse, voleuse, sale fille, sale fille. »

Janvier-février 26. — Continue à se défendre contre des accusations imaginaires. Pas d'hallucinations. Mystique. Quelques préoccupations hypocondriaques. Indications de négativisme : refuse parfois nourriture et médicaments.

15-3-26. — Triste, peureuse, entêtée. « Je me demande si je vais rester comme cela. Je voudrais travailler comme dans le temps. Je ne suis plus comme autrefois, maintenant non plus : elle est changée. Je ne me comprends plus. »

5-6-26. — Négativisme. Manifeste quelques idées de persécution. Amaigrissement.

16-9-26. — Alimentée à la sonde depuis quelques semaines. Pas de changement dans l'état mental.

26-11-26. — S'alimente seule. A une façon étrange et maniérée de parler : détache chaque syllabe comme si elle faisait un effort. Pleure facilement. Donne des explications confuses. Semble avoir quelques troubles sensoriels.

1927. — Pendant l'hiver 1926-1927, il y a eu une légère amélioration, mais qui ne s'est pas maintenue. Une aggravation est, au contraire, survenue ensuite. Voici son état : résistante, inactive, ne mange que si on la force, paraît débraillée et négligée. Va et vient sans but dans les salles. Répète toujours la même chose. La voix est lente, parfois comme scandée, nettement maniérée. On a l'impression d'une démence commençante.

1928. — Accentuation des phénomènes constatés plus haut. Pleurniche. Reste triste et subanxieuse. Gémit d'une manière stéréotypée. On a « pris sa réputation », on a tué son frère et sa mère. Parle toujours d'une voix spéciale. Résistante. Inactive. Tenue désordonnée et négligée. Ne répond pas aux questions.

1929. — Affaiblissement démentiel de plus en plus marqué. Le tableau clinique d'ensemble reste sensiblement le même.

Avril 1930. — Etat à la fois démentiel et mélancolique. Pleure. Gémit d'une manière monotone. Se plaint qu'on l'a déshonorée et se défend contre des accusations imaginaires. La voix reste légèrement scandée, chaque syllabe est nettement détachée, la manière de parler maniérée et nettement artificielle. S'alimente bien. Dort mal, gémit même la nuit. Tenue débraillée. Ne manifeste aucune initiative, il faut l'habiller, la déshabiller, etc. Cercle d'idéation restreint. Pas d'hallucinations. Fait parfois des gestes stéréotypés de dés-

lation, en rapport avec son état affectif (se tord les mains par exemple). Indifférente à l'égard de sa famille. N'est jamais impulsive.

Nous allons essayer de donner maintenant un tableau d'ensemble de la maladie, en nous basant avant tout sur les trois observations que nous venons de rapporter. Nous avons personnellement suivi ces malades pendant plusieurs années : sept ans, — près de cinq ans, — quatre ans et demi.

Il s'agit uniquement de femmes (on sait du reste que c'est le cas pour la majorité des psychoses préséniles). La psychose a débuté entre 40 et 45 ans. Nous avons l'impression que ni les antécédents héréditaires ni les antécédents personnels ne jouent de rôle important. Non seulement ces malades n'ont pas de prédisposition à la mélancolie, mais la malade P., par exemple, avait toujours un caractère gai et exubérant et se le reproche d'ailleurs à l'époque de la maladie. Le fond mental atteint la moyenne mais ne la dépasse guère.

Fait important et quasi-caractéristique : la maladie se développe rapidement, presque sans prodromes. Kraepelin dit que le début est « habituellement subaigu ». Chez H., la psychose s'est constituée en 3 semaines ; chez V., en 1 mois ; chez P., un peu plus lentement.

Le tableau clinique est celui de la mélancolie classique et il nous paraît inutile de nous arrêter sur les modifications de l'humeur, bien connues (tristesse, inquiétude, découragement, etc.). On note de l'insomnie, parfois du refus de s'alimenter et des idées de suicide. L'inhibition est relativement peu marquée et n'existe pas toujours. Les malades paraissent absorbées, désesparées, vont et viennent sans but, pleurent et gémissent. L'anxiété est inconstante, et, en général, relativement modérée. Il est exceptionnel d'observer une véritable agitation anxieuse. Par contre, Kraepelin a observé des périodes de stupeur que, pour notre part, nous n'avons pas rencontrées. Les idées délirantes ne présentent non plus rien de particulier. On observe parfois des idées hypocondriaques et Kraepelin a vu

même un véritable délire de négation. Ces malades se croient accusées de fautes qu'elles n'ont pas commises, ont peur d'être tuées, passent leur temps à se disculper et à implorer le pardon. Il y a parfois des interprétations délirantes. V. affirme que le curé prêche en ayant en vue sa mauvaise conduite. P., s'apercevant que certaines malades marchent la tête courbée, dit que c'est là une allusion à ce qui l'attend : Deibler et la guillotine. Certaines malades s'accusent de fautes imaginaires, d'autres manifestent des idées de persécution et d'influence. Parfois on trouve un délire tout à fait fantasque : P. est Lucifer, dit qu'elle vivra 1.000 ans, et qu'une autre malade est Dieu. Nous avons rencontré des phénomènes hystériformes consistant en puérilisme, exagération volontaire de certains symptômes, gestes théâtraux, ton déclamatoire.

Les troubles sensoriels sont peu importants. Les hallucinations vraies sont rares et paraissent épisodiques. Il s'agit, soit d'illusions, soit de phénomènes hallucinatoires peu accusés et venant confirmer les idées délirantes. Les malades croient qu'on les appelle ou qu'on les injurie. V. entend derrière elle : « Sale fille, sale fille. » H. est aux aguets, elle écoute et croit reconnaître les voix de ses proches. Elle s'écrie : « La famille est là. » P. déclare qu' « on lui a suggéré des idées de malheur » et qu' « il lui a semblé » entendre ces mots : « Tu vas aller à l'échafaud. » La même a eu des « visions » qu'elle a qualifiées elle-même plus tard comme relevant de l' « imagination ».

Ainsi qu'on le verra tout à l'heure, les facultés de ces mélancoliques finissent par être gravement altérées. Dès la période d'état, un certain nombre d'actes maladifs portent déjà le cachet de la démence commençante. Ce sont avant tout les stéréotypies et aussi les actes et gestes caractérisés par du maniérisme (et quelques phénomènes voisins). Ces faits nous paraissent tout à fait importants et nous ne croyons pas inutile de résumer ce que nous avons constaté chez chacune de nos malades. H. — Ferme les yeux et reste ainsi très longtemps. S'arrache la peau. Fait des grimaces. Parfois s'assied

à terre comme un tailleur. Répète la phrase entendue et d'autres fois ne cesse pas de dire des phrases stéréotypées bizarrement construites, par exemple: « Je suis catholique aussi. » P. — Reste debout dans un coin, dans une attitude toujours la même, les oreilles bouchées, la tête baissée. V. — Pousse des gémissements monotones. Répète toujours la même chose en parlant d'un ton artificiel, maniére, avec un grand effort apparent et en détachant chaque syllabe.

L'étude des facultés intellectuelles est liée à celle de l'évolution de cette maladie. On ne peut séparer ces deux chapitres car l'évolution consiste essentiellement en une altération de ces facultés dont l'aboutissant final est un état démentiel assez spécial.

Au début, le fond mental paraît sensiblement normal. Les réponses aux questions usuelles sont correctes. Les malades sont lucides et mnésiques et il n'y a pas trace de confusion. On doit noter comme un signe constant que ces mélancoliques sont conscientes de leur état anormal et même en souffrent jusqu'à un certain point. H. dit: « Je suis un peu pris », V. regrette d'être dans l'impossibilité de travailler et se trouve toute changée. Elles sont en général inactives et il n'est guère possible de les occuper. Leur état affectif est en plein accord avec le délire et on n'observe aucun symptôme de discordance. D'abord s'intéressant à leurs proches et en parlant souvent, elles deviennent vite indifférentes et c'est ainsi que P., qui, au début, avait peur de ne pouvoir aider son père, a accueilli plus tard avec un sang-froid surprenant la nouvelle de sa mort. Nous avons toujours constaté une évolution progressive et rapide vers un affaiblissement définitif des facultés intellectuelles. Une courte phase de rémission peut parfois s'interposer, mais il n'y a jamais de périodicité régulière, ni de phénomènes circulaires. Sauf quand elle est liée quelquefois à l'anxiété — et même alors elle est relativement peu accusée — l'agitation manque toujours, de même que l'impulsivité. Il y a parfois un certain degré de résistance (quelquefois de la sitiophobie), mais on ne note pas de négativisme marqué, pas d'hos-

tilité envers l'entourage, pas de tendance à faire l'inverse de ce qui est prescrit. Lorsque s'installe l'état démentiel, les malades deviennent vite débraillées, quelquefois malpropres, et ne manifestent plus aucune activité intellectuelle. Elles passent leur temps à gémir et à se plaindre, le plus souvent d'une manière uniforme et quasi-stéréotypée.

La psychose que nous venons de décrire a-t-elle droit à une place autonome en psychiatrie ? Et tout d'abord il importe de préciser ce qu'on doit entendre par « place autonome », quand il s'agit d'une psychose fonctionnelle, c'est-à-dire d'une psychose dont nous ne connaissons pas — ou plutôt pas encore — les lésions. Il ne peut évidemment être question que d'*« autonomie »* toute relative : du moment que l'ensemble symptomatique et l'évolution présentent des particularités suffisantes, il y a lieu d'accorder à une maladie mentale une place à part dans la nosologie. Or, si nous appliquons ce critérium à la forme que nous envisageons ici, nous arrivons à cette conclusion, qu'une description à part est tout à fait légitime. Certes, par bien des côtés, elle ressemble à toutes les autres psychoses préséniles et plus particulièrement à celles qui ont l'aspect mélancolique. Mais on sait que vers l'âge présénile on rencontre en général les mêmes syndromes : dépression, anxiété, idées délirantes spéciales, dégoût de l'existence, affaiblissement des facultés se manifestant souvent sous l'aspect d'une sorte d'uniformité dans l'idéation et le comportement. Ce qui importe, ce n'est pas de savoir s'il existe dans une maladie donnée tel ou tel syndrome, mais de préciser certains points, en apparence secondaires, mais en réalité d'importance capitale en nosologie. C'est là un travail qui peut paraître décevant à première vue et qui exige qu'on observe les mêmes sujets pendant plusieurs années (on verra tout à l'heure pourquoi). Mais nous avons la conviction que seule cette méthode peut aboutir à des résultats valables.

Ce qui est avant tout intéressant à connaître en clinique mentale, c'est le syndrome prédominant. Chez

nos malades, ce qui prédomine, c'est l'affaiblissement des facultés se terminant par une démence profonde avec cependant la conservation des traces de l'état affectif mélancolique initial. On doit également rechercher les symptômes concomitants qui peuvent sembler insignifiants au premier abord mais qui sont peut-être plus utiles à connaître que « la psychologie » du malade, notion vague et incontrôlable. Les stéréotypies si marquées, quelques signes de maniérisme, le peu de relief du délire et des hallucinations doivent être retenus dans cet ordre d'idées pour ce qui concerne nos malades. Enfin, reste le point essentiel : l'évolution. Débutant sans antécédents ni prodromes vers 40-45 ans, évoluant rapidement vers une démence définitive et irrémédiable, cette variété constitue bien une psychose spéciale qui mérite, croyons-nous, d'être individualisée.

Il y a lieu, cependant, de la délimiter un peu plus rigoureusement de trois états d'affaiblissement intellectuel avec lesquels on serait tenté de la confondre. Ces trois états sont : la démence artérioscléreuse, la mélancolie figée, la schizophrénie tardive.

Aucune de nos malades ne présente le moindre symptôme d'artériosclérose cérébrale. En particulier, la céphalée, les vertiges, les lacunes mnésiques manquent totalement. Il n'y a jamais d'ictus. Au sujet de la mélancolie figée, nous nous permettons de renvoyer le lecteur à l'article d'ensemble que nous avons consacré ici-même aux formes cliniques de la mélancolie présénile. Nous y avons indiqué les principales particularités de cette forme bien décrite par Médow. Rapelons que le début est plus tardif, l'évolution bien plus lente, l'affaiblissement intellectuel terminal infiniment moins accusé. On y rencontre, il est vrai, une tendance à l'uniformité (d'où son nom) et quelques stéréotypies, mais ces phénomènes sont moins prononcés et ne portent pas de cachet démentiel. Que dire de la schizophrénie tardive ? On ne saurait trop s'élever contre l'extension démesurée donnée à ce terme de schizophrénie. Si on excepte les cas de démence précoce qui,

après de longues années d'accalmie, se réveillent vers 45-50 ans et peuvent donner ainsi le change à un observateur non averti, que reste-t-il de la « catatonie tardive ? » Peu de chose, croyons-nous. Il est cependant certain que certains cas de démence précoce tardive à forme mélancolique sont parfois difficiles à distinguer des mélancolies d'involution à évolution démentielle. Rehm l'a d'ailleurs déjà dit il y a longtemps. Mais en dehors du fait qu'il est étrange de voir une schizophrénie débuter à cet âge sans le moindre prodrome et évoluer si rapidement, on doit encore prendre en considération l'existence continue d'un état mélancolique accentué, sans symptômes nets de discordance psychique, sans agitation ni impulsivité. Ces malades, même quand ils sont arrivés au stade ultime de leur psychose, restent des mélancoliques et conservent ainsi les vestiges douloureux de leurs préoccupations morales initiales.

BIBLIOGRAPHIE

1. P. ABÉLY. — Les terminaisons de la mélancolie. — *Th. de Paris*, 1923.
2. ALBRECHT. — Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie. Orig.*, 1913, vol. 22, p. 306.
3. ARSIMOLES et HALBERSTADT. — Les troubles mentaux séniles et préséniles. — *Paris Médical*, septembre 1913.
4. CAPGRAS. — Essai de réduction de la mélancolie en une psychose d'involution présénile. — *Th. de Paris*, 1900.
5. GAUPP. — Die Depressionszustände des höheren Alters. — *Munchener med. Wochenschrift*, 1905, n° 32.
6. GRUNTHAL. — Die erworbenen Verblödungen. — *Fortschritte der Neurologie*, mai 1929, p. 235.
7. HALBERSTADT. — La schizophrénie tardive. — *Encéphale*, novembre 1925, p. 655.
8. HALBERSTADT. — La mélancolie présénile et ses variétés cliniques. — *Annales médico-psychologiques*, novembre 1928, p. 307.
9. KRÄPELIN. — *Traité*. Huitième édition. Tome 2, 1910.
10. LHERMITTE et NICOLAS. — La démence sénile et ses formes anatomo-cliniques. — *Encéphale*, 1924. Novembre, p. 583. Décembre, p. 654.

DE LA DÉMENCE MÉLANCOLIQUE PRÉSÉNILE 425

11. LJUSTERNIK. — Sur les psychoses préséniles (russe). — *Anal. Zentralblatt*, vol. 54, p. 381.
12. MEDOW. — Eine Gruppe depr. Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose. — *Archiv. f. Psychiatrie*, 1921, vol. 64, p. 480.
13. OKSALA. — Ein Beitrag zur Kenntniss präseniler psychosen. — *Zeitschrift f. d. g. Neurologie*, 1923, vol. 81, p. 1.
14. RAWAK. — Katamnesen über Angstpsychosen. — *Monatschrift f. Psychiatrie*, 1929, vol. 72, p. 196.
15. REHM. — Depressiver Wahnsinn — *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1910, p. 41.
16. SCHEER (Van der). — Eine besondere Form von Involutionssyndrome mit vorwiegenden negativistischen Erscheinungen. — *Psychiatrisch-neurol. Wochenschrift*, 1927. *Anal. Zentralblatt*, vol. 47, p. 460.
17. SPIELMEYER. — Traité de G. Aschaffenburg. — *Psychoses préséniles et séniles*, 1912.
18. STRANSKY. — Dementia tardiva. — *Monatschrift f. Psychiatrische*, 1905, vol. 18. Fascicule supplémentaire.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 AVRIL 1930

Présidence de M. CAPGRAS

Assistant à la séance : MM. Abély, Bonhomme, Codet, Collet, Vignaud, membres correspondants.

M. Henri COLIN, Secrétaire général. — Nos deux secrétaires se sont excusés de ne pouvoir assister à la séance. L'un M. le D^r Guiraud est souffrant, l'autre M. Minkowski a été obligé de s'absenter. Nous prions M. le D^r Courbon de bien vouloir les remplacer.

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

M. Henri COLIN, Secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend la lettre suivante :

Le 10 avril, 1930.

MONSIEUR,

Je suis chargé par l'Ambassadeur de sa Majesté britannique de vous transmettre ci-joint une invitation adressée à la Société de Médico-Psychologie de Paris par le Président et le Conseil de la « Royal Medico-Psychological Association » à se faire représenter à la réunion annuelle de cette Association qui se tiendra à Oxford du 30 juin au 5 juillet prochain.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

CUNDMAN.

M. CAPGRAS, président, demande si l'un des membres de la Société Médico-Psychologique a le désir de répondre à l'aimable invitation de la *Royal Medico Psychological Association*. Aucun d'eux n'étant libre à l'époque où aura lieu le Congrès, le Secrétaire général est chargé de transmettre à M. l'Ambassadeur les remerciements de la Société et ses regrets de ne pouvoir se faire représenter à sa réunion annuelle.

M. CAPGRAS, Président. — Mes chers collègues, J'ai le regret de vous faire part de la mort du Docteur Blin, membre honoraire de la Société, décédé subitement le 23 mars dernier. Elève de Charcot, anatomiste distingué, auteur de l'*Anatomie médicale de l'Encéphale* dans le manuel de médecine de Debove-Achard ; Blin se consacra ensuite aux études anthropologiques et pédagogiques dans son service de la Colonie d'enfants anormaux de Vaucluse qu'il réorganisa, auquel il resta fidèle toute sa carrière et où il laissa le souvenir d'un excellent éducateur. Athlète passionnément épris de culture physique à une époque où on la négligeait beaucoup trop, il en démontra l'utilité dans le redressement des jeunes arriérés.

Au successeur de Blin à Vaucluse et de Magnan à l'Admission de Sainte-Anne, notre éminent collègue et mon vieil ami le docteur Simon, je suis heureux maintenant d'adresser nos plus vives félicitations pour sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'Honneur. Cette distinction bien méritée, sera applaudie par tous ceux qui, à l'étranger autant qu'en France, admirent et emploient la méthode psychométrique si précise et si commode de Binet-Simon.

Rapport de Candidature

M. RODIET. — Messieurs, A votre dernière séance, vous avez désigné une commission composée du Professeur Claude, de MM. Gaëtant de Clérambault et Rodiet, rapporteur, pour examiner la candidature de

M. Heuyer à une place de membre titulaire de la Société.

M. Heuyer nous paraît présenter tous les titres à cette place, à cause de son passé de travailleur obstiné et consciencieux, et de ses études scientifiques.

Le Dr Heuyer, après avoir été externe, interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique de la Faculté, est médecin adjoint de l'Infirmerie spéciale, et médecin inspecteur des écoles de la Seine depuis 1920. Il a été reçu médecin des hôpitaux en 1923, chargé de cours à la Faculté en 1925, et reconnu apte aux fonctions d'agréé en 1926, en même temps qu'expert psychiatre.

Ses services de guerre lui ont valu de nombreuses citations, la croix de guerre et la Légion d'honneur.

Le Dr Heuyer a publié de nombreux travaux notamment des manuels et des articles de traités, parmi lesquels nous choisirons les plus importants :

1° La psychanalyse et les troubles mentaux de la chorée, dans le *Traité de Médecine* de Sergent.

2° Les troubles trophiques dans le *Nouveau traité de médecine*.

3° La thérapeutique du système nerveux, dans la *Nouvelle pratique thérapeutique médico-chirurgicale*, en 1928.

4° Un petit précis de neurologie (1927).

5° Anthropologie psychique, dans le *Traité d'Hygiène* (1928).

Depuis 1905, jusqu'à 1930, M. Heuyer n'a pas cessé de produire des études de médecine générale, de neurologie, de psychiatrie générale et de neuro-psychiatrie infantile, qu'il a publiées dans la plupart des journaux médicaux de Paris. Toutes ces œuvres sont fortement documentées, écrites dans un langage clair, précis, direct, et presque toutes ont eu la faveur d'être traduites dans les publications étrangères.

M. Heuyer est aussi un médecin sociologue qui s'est spécialisé dans l'étude de la délinquance infantile et juvénile et qui ne cesse de réclamer des mesures de

protection en faveur de l'enfance en danger moral. C'est grâce à ses efforts et à son insistance, que le Patronage de la rue de Vaugirard pour enfants anormaux a été fondé et donne d'excellents résultats. A cause de son travail acharné, de ses études médicales et sociales, de tous ses titres, le Dr Heuyer ne peut que tenir une place très honorable dans notre Société. Votre commission, à l'unanimité, présente sa candidature à vos suffrages, en vous demandant de vous rallier, sans abstention, à ses propositions.

A la suite de ce rapport, M. le Dr Heuyer est nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique à l'unanimité des membres présents.

Deux aspects de l'Emotivité

Par H. CODET

Les troubles de l'émotivité, avec excès de réactions émitives sont d'une constatation courante dans la pratique psychiatrique aussi bien, même, que dans la vie ordinaire. S'il est devenu classique, et même banal, de reconnaître que l'émotion comporte des composantes psychiques et physiologiques réunies, il est également d'observation usuelle que les émotifs se présentent avec des aspects variés. En étudiant principalement des cas où la surémotivité est prédominante dans le tableau clinique, je pense que l'on peut répartir, en général, les manifestations émitives en deux groupes syndromiques distincts.

Bien entendu, il faut tout de suite spécifier que ces deux lignées de réactions sont fréquemment réunies chez un même sujet, mais dans des proportions très variables ; chez certains, la prédominance de l'une ou de l'autre produit un syndrome typique à peu près pur.

Les deux groupes que je compare comprennent tout un ensemble d'éléments existant dans l'émotivité à l'état de santé, mais exagérés par l'abaissement de leur seuil de sensibilité, l'intensité des réactions, leur moment d'apparition et leur durée. Ces éléments sont les uns d'ordre psychique, les autres du domaine neuro-végétatif, tous également connus. Ce qui paraît justifier la distinction entre les deux groupes, c'est *la coexistence habituelle des mêmes signes ou symptômes somatiques avec chaque aspect bien caractérisé de réactions psychiques*. Dans l'interrogatoire d'un malade, il est souvent facile de prévoir le sens de la plupart de ses réponses, dès que l'on connaît son mode prédominant de réaction.

La coexistence d'un état psychopathique émotionnel avec des perturbations vago-sympathiques a fait l'objet de nombreux travaux récents, en particulier, sous l'impulsion de H. Claude. Avec Santenoise (1), étudiant les rapports du Réflexe Solaire et de l'Emotivité, nous en trouvions la confirmation dans les résultats thérapeutiques, qui nous faisaient écrire : « En tout cas, l'ensemble clinique et biologique reste concordant. »

A propos de l'anxiété, trouble émotif spécialisé, une distinction fut proposée par Laignel-Lavastine, qui signale une anxiété rouge et une anxiété blanche, séparant ainsi les deux types, en fonction des réactions vaso-motrices, c'est-à-dire en fonction de troubles neuro-végétatifs.

La discrimination est précisée par Logre (2) entre les aspects d'anxiété sympathicotonique et vagotonique. A la première, il rattache les émotions anxiuses dont la provocation est apparente, avec des signes de sympathicotonie. La seconde lui apparaît caractérisée par des accès d'anxiété immotivée « ou qui ne se trouvent des motifs que secondairement ».

(1) SANTENOISE et CODET. — Le Réflexe solaire dans la pratique. *Progrès Médical*, 31 mai 1924.

(2) LOGRE. — A propos du tonus sympathique dans les états anxieux. *Pratique Médicale française*, juin 1926 (A).

Chez des émotifs simples, peu ou pas anxieux, la même méthode de discrimination m'a paru appliquable, en tenant compte, toujours, de l'intrication fréquente des deux modes réactionnels. Du reste, on sait bien qu'il n'y a pas un balancement obligatoire entre le tonus du vague et celui du sympathique. Il apparaît qu'il en va de même pour les manifestations psychiques des deux groupes.

Avec ces réserves, je pense que l'on peut étudier les deux aspects suivants, à peu près purs dans certains cas : les émotifs sympathicotoniques et les impressionnables vagotoniques.

1^o *Les émotifs à réactions immédiates, avec sympathicotonie.* Ce qui les signale, essentiellement, c'est la précocité de réponse des phénomènes émotionnels à la cause émouvante, leur tendance à s'extérioriser et le retour rapide à l'état antérieur, comme par une sorte de libération.

Leur état psychique est celui que l'on qualifie de « nerveux » dans le langage usuel. Ils sont vifs, réagissent aisément à toute sollicitation, surtout imprévue; leur humeur est changeante, ils sont très sensibles aux démonstrations d'antipathie ou de sympathie ; le caractère est ordinairement assez emporté, sujet à des crises de larmes ou à des accès de colère. Vite calmés, ils sont prêts à recommencer leur action en cours, quitte à être surpris de nouveau par d'autres émotions, dont l'effervescence s'apaisera aussi rapidement.

L'intensité de la réaction psychique est variable et peut produire un état passager de trouble de la conscience et de désordre des actes qui est *l'affolement*. Chez certains elle devient de l'anxiété.

Les concomitants physiques sont bien connus : accès de rougeur, crises de tachycardie, sursauts, tremblement, spasmes laryngés ou œsophagiens, etc. Ce sont ces nerveux qui se plaignent, d'avoir, pour le moindre bruit ou pour une parole désagréable, des palpitations, des bouffées de chaleur, la gorge serrée, l'appétit coupé, etc. Certains expriment fort bien la prédomi-

nance des réactions somatiques par rapport aux perturbations affectives en disant que ces phénomènes se produisent « avant même qu'ils se sentent émus » ou pour une perception émotionnelle presque nulle ; il en est, en particulier, qui éprouvent le besoin de pleurer, sans ressentir de tristesse.

En les interrogeant, on découvre généralement qu'ils supportent mal une atmosphère chaude et confinée, qu'ils redoutent l'exposition au soleil, provoquant d'érythème, qu'ils sont facilement marqués d'ecchymoses, qu'ils sont sujets à des accès de diarrhée, de polakiurie, et qu'ils transpirent assez peu.

L'examen clinique montre : la facilité de provoquer la vaso-dilatation cutanée (raie rouge, avec ou sans dermographisme), l'hypéresthésie superficielle (chatouillement), la pseudo-exagération des réflexes tendineux. On note souvent de la mydriase, une tension artérielle assez forte.

Chez ces sujets, dans de bonnes conditions d'observation, le *Réflexe Solaire* est ordinairement très marqué.

Cet état, souvent réalisé dans la maladie de Basedow, est surtout fréquent chez la femme ; on note habituellement sa recrudescence dans la période qui précède les règles, son atténuation lors de leur apparition. En somme, il est marqué par la tendance aux *réactions psychiques et physiques immédiates, vives, passagères*. Leur déclenchement facile, leur *extériorisation* aisée et incoercible (avec des signes rappelant ceux que provoque l'injection d'adrénaline), en font un ensemble caractéristique intense, mais laissant peu de traces.

2° *Les émotifs à réactions retardées (impressionnables), avec vagotonie.* Chez ceux-ci, au contraire, la réponse au fait émouvant, à des manifestations moins bruyantes, moins apparentes, moins immédiates mais plus persistantes. Tout se passe comme si le choc émotionnel, au lieu de se liquider au dehors, imprimait sur l'ensemble psycho-physique une marque plus durable : ils se révèlent *impressionnables*.

Leur état psychique les montre surtout sensibles et

renfermés. Ils se livrent à moins de démonstrations extérieures et cultivent souvent leur aptitude à masquer pour le mieux les émotions ; même sans cet entraînement volontaire, on constate que beaucoup sont *inhibés* et demeurent immobiles à l'occasion d'un choc émotionnel. Ils paraissent, du reste, plus accessibles aux traumatismes d'ordre moral, sentimental, qu'aux faits matériels.

De plus, l'émotion perçue leur paraît, dans bien des cas, minime sur le moment, et ils espèrent en avoir été maîtres. Mais, habituellement, dans les heures ou même les jours qui suivent, l'état affectif désagréable de l'émotion reparaît, s'accompagne d'une forme de mentisme, d'intensité variable, pouvant aboutir à une crise anxieuse. Chez ces sujets, l'insomnie n'est pas rare.

Ici, la répercussion émotionnelle, prochaine ou tardive, provoque diverses sensations de malaise, de vide, d'angoisse épigastrique, d'anéantissement ou de syncope imminente. Souvent une *sensation de fatigue musculaire* accentuée est la conséquence la plus nette d'une émotion intense. La répétition de chocs, en apparence inopérants, la rumination mentale prolongée aboutissent, chez beaucoup, à des accès d'inhibition intellectuelle, de colère ou d'anxiété, qui semblent, à ce moment, éclater sans cause provocatrice, comme ces « lames de fond » signalées par Logre.

Par l'interrogatoire du sujet et de son entourage, on apprend que les situations émouvantes produisent surtout de la pâleur du visage : « il devient blême d'émotion », « il a des colères blanches ». Très souvent, on a pu remarquer de brusques changements dans la coloration de la face : aspect de fatigue, traits tirés, yeux cernés. L'état émotionnel, sans gesticulation, s'accompagne, chez beaucoup, de sensation de froid, de sudation, surtout des extrémités (« sueurs froides »). La tendance aux lipothymies est fréquente.

Ces impressionnables sont, en général, des frileux, supportant bien les climats ensoleillés ou leur peau se pigmente. On peut retrouver, chez eux, le phénomène du doigt mort. De plus, on note, également, la fréquence

des nausées, des sensations vertigineuses, des accès de sialorrhée. La constipation est fréquente, associée ou non à la ptose viscérale.

On peut constater, ordinairement, une tension artérielle basse, parfois le phénomène de la raie blanche. Le *Réflexe Oculo-Cardiaque* est, le plus souvent, fortement positif.

Chez la femme, ce syndrome est habituellement plus accentué pendant et après les règles, et s'accompagne d'une sensation de fatigue générale.

En somme, cet ensemble est surtout caractérisé par le peu de tendance aux réactions motrices, sauf dans quelques *paroxysmes*, généralement *retardés*; après une période d'*inhibition*, l'état psychique garde une empreinte plus profonde de l'émotion et semble davantage en *intellectualiser* les éléments qui se sont *moins extériorisés*. C'est ici que l'on observerait de préférence l'aptitude aux états obsédants.

Cette distinction de deux schémas émotionnels paraît présenter plus qu'un intérêt d'analyse. Sans vouloir préjuger de la nature foncière psychique ou physique de l'émotion, de son origine constitutionnelle ou acquise, elle permet, dès à présent, des *applications thérapeutiques* très encourageantes. Il est certain qu'elle demande encore des recherches et des précisions, pour permettre d'apprecier, dans chaque cas, la proportion entre les deux ordres de symptômes. Mais, en pratique, il est possible, même en dehors des syndromes schématiques, à peu près purs, et il en existe, d'orienter le traitement de préférence dans un sens ou dans l'autre.

Certes la *psychothérapie*, dans ces états, est loin de rester négligeable, mais elle doit être appuyée sur une *thérapeutique* plus spécialement *vagotrope* ou *sympathicotrope*, selon chaque indication. Les résultats en confirment souvent l'efficacité, en dehors, bien entendu, de toute action suggestive.

DISCUSSION

M. DUPOUY. — Dans le premier type décrit par M. Codet, les signes de basedowisme doivent être presque de règle. Le deuxième type me paraît être d'une fréquence beaucoup plus grande que le premier. On le rencontre dans une proportion de 8 ou 9 contre 1. Chez ces émotifs vagotoniques, dont les fibres lisses sont toujours distendues, l'hérédité tuberculeuse est extrêmement fréquente, tandis que l'hérédité syphilitique est rare.

M. RODIET, citant le cas d'un homme de lettres très émotif, auquel il arrive d'éclater de rire malgré lui, lorsqu'il exprime des sentiments de condoléance sincère, comme par exemple au lit de mort d'un ami, demande dans laquelle de ses 2 catégories le présentateur range les sujets ayant de telles réactions.

M. COURBON. — « Le rire et l'attitude joyeuse s'imposant à un individu dans des circonstances qui déterminent pourtant en lui une iristresse réelle, ne sont pas rares chez les obsédés, douteurs et scrupuleux. Ce sont là phénomènes dits de « contraste », constitués par des représentations ou des envies complètement en contradiction avec les tendances et les désirs du sujet. Et les hommes de lettres sont fréquemment des psychasthéniques. »

M. CODET. — Le basedowisme est fréquent chez les émotifs sympatheticotoniques. Je ne puis rien affirmer concernant la fréquence de la tuberculose dans l'hérédité des vagotoniques, n'ayant pas recherché les antécédents de mes malades à ce point de vue. Je dirai au D^r Rodiet qu'un seul signe est insuffisant à permettre la classification d'un émotif, mais que les réactions immédiates sont plus habituelles aux sympatheticotoniques qu'aux vagotoniques.

Nouvelles remarques sur la démence paralytique
et les examens propres à en apprécier le degré

Par le D^r Th. SIMON

Je rangerai sous plusieurs têtes de chapitre les détails dont je me propose de vous entretenir. Aussi bien je n'ai pas l'intention de faire, dans cette Société, un exposé complet des symptômes mentaux de la paralysie générale, mais seulement d'insister sur quelques aspects de cette affection qui me paraissent insuffisamment ressortir des descriptions habituelles.

I. — *1^{er} point.* Si nous ne l'avions pas su déjà, l'un des enseignements les plus précieux des traitements modernes de la paralysie générale, — et notamment, si l'on en croit les publications à son sujet, — un des enseignements les plus précieux des applications thérapeutiques de la malaria, aurait été de nous contraindre à réviser notre conception de la démence. Par définition la démence peut bien demeurer un affaiblissement définitif des facultés mentales, mais les conditions où nous sommes autorisés à parler d'affaiblissement définitif sont à revoir de près.

En ce qui concerne la paralysie générale, et si nous réfléchissons à ce qui nous faisait prononcer le diagnostic de démence, trois éléments, il me semble, interviennent :

En premier lieu *la nature même du désordre* constaté : c'est, en effet, l'ensemble des opérations intellectuelles qui se trouve touché, et touché dans leur efficacité habituelle : la mémoire est affaiblie, le jugement n'est pas tant faussé que diminué, la volonté se montre nulle ou impulsive. Il n'y a donc pas excitation ou perversion, mais véritablement déchéance, déchéance

qui rappelle, par quelque côté, les paralysies motrices ou les aphasies.

Un second élément, qui faisait considérer cet affaiblissement des paralytiques généraux comme définitif, était naturellement sa *persistence* au cours de toute la durée de l'affection et sa marche progressive. C'est au point qu'il paraissait incapable de rétrocéder. On admettait des arrêts, et que la chute ne s'accentuât qu'à l'occasion d'accidents successifs, on constatait même des rémissions..., mais on n'acceptait guère qu'elles pussent porter sur l'affaiblissement proprement dit. Plutôt admettait-on qu'on s'était primitivement trompé sur le degré de celui-ci, par le fait de complications qui étaient seules à s'amender.

C'est qu'en effet un troisième élément contribuait à nous faire considérer comme irrémédiable l'affaiblissement des paralytiques généraux, à savoir les *lésions corticales* trouvées à leur autopsie. Peut-être ne pensait-on pas assez que celles-ci étaient observées bien tardivement, après 4, 5 ans et plus de maladie. Je ne sais au juste quel contraste existe entre le cerveau d'un paralytique général qui meurt au début de son affection, et celui du malade qui meurt de cachexie paralytique, mais ce n'est évidemment que par une extension théorique qu'on rattachait aux lésions restreintes de cette première période l'affaiblissement soi-disant constaté. Et il semble bien ressortir, si l'on accepte les résultats thérapeutiques publiés aujourd'hui, qu'il convient, comme je le disais tout à l'heure, de réviser les notions que nous nous faisions sur la nature de celui-ci.

II. — 2^e point. Reprenons donc l'examen de *ce que nous appelons affaiblissement* chez les paralytiques généraux, et cherchons à nous rendre compte de quoi est fait cet affaiblissement, ce que nous englobons sous ce mot.

Outre l'abaissement de niveau dont je parlais l'autre jour, et sur lequel je reviendrai brièvement tout à l'heure, on est amené, au sujet de l'affaiblissement des paralytiques généraux, à deux constatations curieuses :

1° Cet affaiblissement est *inconstant dans ses détails*. Il est constant dans son existence : que nous voyions un paralytique général à un moment ou à un autre, nous le trouvons bien toujours affaibli, et notre impression à cet égard ne change pas ; mais les manifestations par lesquelles se traduit cet affaiblissement ne sont point les mêmes. Voilà un fait bien étrange, et que nous n'observons guère dans une paralysie organique, dont je rapprochais, il y a un instant, et dont tous nous rapprochions, je crois, cet affaiblissement, en l'étiquetant démentiel.

En déclarant inconstants les symptômes de cet affaiblissement, voici ce que je veux dire : c'est que tel paralytique général que nous voyons par exemple ne pas donner la date ou compter mal quelque menue monnaie, va parfois (et parfois seulement quelques minutes plus tard), compter exactement les mêmes sous, ou dire sans erreur le mois et l'année où l'on se trouve. L'impossibilité était toute éphémère.

En d'autres termes les manifestations de l'affaiblissement surviennent, en somme, comme l'accroc de la parole, qui, lui non plus, n'est pas constant : tel paralytique général achoppera sur un mot qui vient pourtant d'articuler ce même mot avec netteté un moment avant ou va de nouveau le prononcer correctement.

Cette inconstance avait contribué autrefois, dans le mémoire que j'ai cité dans ma communication précédente, à nous faire considérer, avec Binet, l'affaiblissement de la paralysie générale comme un trouble d'évocation ; mais, en dépit de cette théorie, nous disions cet affaiblissement démentiel avec l'ensemble des auteurs, tant on peut être aveuglé par une opinion apprise.

Ajoutons maintenant autre chose. Comme l'accroc de la parole encore, les accrocs du fonctionnement intellectuel surgissent avec une fréquence diverse et sont plus ou moins accusés. Et, dans la pratique journalière, nous apprécierons par cette fréquence même et par la grosseur de la faute, quand un accroc vient à se pro-

duire, le degré de l'affaiblissement. Il y a des paralytiques généraux qui butent à chaque pas ou très grossièrement ; nous les jugeons très affaiblis ; nous en avons à l'inverse tous rencontré chez qui de tels symptômes sont exceptionnels, et j'ai dans mes notes des interrogations de 8 à 10 grandes pages où l'on ne relève qu'une ou deux défaillances, défaillances typiques et même légères, aussi éloquentes pour qui sait lire, qu'un achoppement pour qui sait entendre, mais si rares qu'évidemment nous disons le malade peu affaibli...

Or n'y a-t-il pas là une part d'illusion ? On peut le penser pour la raison que voici : c'est que, de la même façon qu'un paralytique général peut présenter des troubles abondants de la parole, — en sorte que son embarras nous paraît important — et cependant prononcer tel ou tel mot difficile, de la même manière un paralytique général peut échouer fréquemment au cours d'un examen, ce qui évidemment nous donne une fâcheuse impression, et cependant exécuter telle ou telle opération complexe.

2° Ce qui nous fait parler d'affaiblissement n'est pas seulement l'échec. C'est qu'alors même que l'opération intellectuelle s'accomplit, elle s'accomplit péniblement. Nous examinons un instituteur et nous lui demandons de faire une série de multiplications. Il n'y fait qu'une seule faute, mais l'exécution lui a demandé 10 minutes, alors qu'un temps bien moindre (2 à 3 minutes) y suffit habituellement; et comme il calcule souvent à demi-voix, nous avons pu assister à toutes les difficultés auxquelles il s'est heurté : hésitations sur un produit, retours en arrière pour retrouver une retenue perdue, etc., etc. Demandons-lui d'exécuter un test écrit. Peu d'erreurs encore, si l'on veut, mais des additions inutiles, parfois ridicules, et surtout une demi-heure de travail alors qu'un homme de son milieu exécute le test entier en 7 à 8 minutes.

Eh bien, comme nous le disions tout à l'heure de la fréquence des accrocs, cette gêne de l'idéation nous donne aussi le sentiment d'un affaiblissement notable ;

cliniquement, nous apprécions l'affaiblissement par là.

Et, comme tout à l'heure, il y a là une cause d'illusion ; si l'on prend, en effet, le niveau de tels malades, comme je viens de le laisser entrevoir par l'exemple que j'ai donné de multiplications et d'un travail écrit, l'abaissement est fréquemment loin d'être aussi prononcé qu'on s'y serait attendu. Le travail est pénible, mais il s'effectue.

Il n'est pas généralement question, dans les descriptions qu'on donne de la paralysie générale, des formes sous lesquelles se présente l'affaiblissement. Les formes de paralysie générale qu'on énumère sont plutôt cataloguées : *forme démentielle simple*, *forme expansive* avec idées de grandeur, ou *forme mélancolique* à type neurasthénique ou hypochondriaque. Bref les formes, je le répète, ne sont pas formes de l'affaiblissement, mais plutôt formes caractérisées par les phénomènes surajoutés à celui-ci.

Or prenons plutôt des exemples concrets. Je vois, le 2 avril dernier, un homme de bon aspect physique, le visage coloré, mais indifférent, inerte, répondant à peine aux questions et ne le faisant jamais qu'avec lenteur et brièveté. Une conversation clinique reste lamentablement pauvre. Aucune initiative. Dès qu'on n'interroge plus, la conversation tombe lourdement. C'est là peut-être le type le plus fréquent, chez qui domine une sorte d'hébétude, un ralentissement général de l'idération.

Et puis, le même jour, nous recevions une femme dont les dehors étaient bien différents. Je laisse de côté l'accessoire, les idées de richesse et de satisfaction. Chez le malade précédent, d'ailleurs, on en relevait aussi, mais par hasard, tandis que notre malade les étaisait comme un paon sa roue. Mais surtout, avec elle, conversation facile, de sa part réponses rapides, également gestes aisés. N'auraient été les sottises qui lui échappaient parfois, l'allure du dialogue était normale.

Ainsi, deux types au moins d'affaiblissement : l'un à forme d'accroc, l'autre à forme de ralentissement. Ce

qui ne veut point dire, je le répète, ou du moins pas à coup sûr, affaiblissement plus grand, non plus que la fréquence des accrocs ou l'intensité de la gêne, car l'abaissement de niveau ne semble pas aller toujours de pair avec ces symptômes.

Je le répète, c'est pourtant par là, cliniquement, par l'accroc intellectuel et sa fréquence, — par la gêne de l'idéation, — que nous apprécions l'affaiblissement et son degré, parce que cela contribue (au même titre que la diffusion des accidents qui se manifestent indifféremment dans les domaines de la mémoire, du jugement, de l'imagination ou des décisions), à donner à l'affaiblissement son caractère global si typique.

Cliniquement nous ne jugeons pas du degré de l'affaiblissement par l'abaissement de niveau. Cette notion-ci est toute différente et c'est une notion que nous devons sans doute davantage aux tests qu'à la clinique.

Essayons de dégager la portée des remarques qui précédent, elle paraît double :

1^o On peut se demander si, jugeant du degré d'un affaiblissement par ses modalités et son étendue dans le temps ou une circonstance exceptionnelle, mais non par sa valeur totale, on ne juge pas son apparence et l'on ne risque pas une erreur de gravité.

2^o On peut se demander à quoi reconnaître un affaiblissement réel, irrémédiable, d'une baisse de niveau provoquée par les mécanismes de l'accroc ou de l'inertie. Ne serait-ce pas à l'absence même de ces derniers troubles ? Tout abaissement de niveau qui persisterait sans l'excuse des troubles qui précèdent devrait sans doute être considéré comme seul démentiel.

J'espère pouvoir prochainement apporter une étude sur l'état de paralytiques impaludés. Dès maintenant je puis dire que j'ai été frappé, causant avec quelques-uns, d'une activité intellectuelle plus grande chez eux que dans la paralysie d'autrefois, et d'un jeu plus aisné des processus intellectuels, alors même que persistait un abaissement relatif de niveau.

3° Si ces observations sont légitimes pour apprécier l'état d'un paralytique général, l'attention ne doit donc pas se porter seulement sur les échecs, mais aussi sur leur mécanisme ou sur les modalités d'exécution des opérations correctes.

III. — 3^e point. Si j'en crois quelques auteurs — et quelques cas personnellement observés — les traitements actuels ne nous contraignent pas seulement à une révision de nos notions relatives à l'affaiblissement, ils posent un *problème difficile*, difficile et redoutable, auquel les aliénistes qui nous ont précédé n'auraient jamais songé : celui de la sortie de ces malades.

Ce n'est en somme qu'un problème de diagnostic, mais de diagnostic qui ne se pose plus à l'entrée, c'est-à-dire à une période où, malgré tout, les troubles ont acquis déjà une certaine intensité. Diagnostic qui se pose, cette fois, pour leur disparition, pour leur atténuation, tout au moins jusqu'à absence de nocivité. Et ce que nous redoutons ici plus que tout, peut-être même plus qu'une rechute, c'est l'accroc. Dès que l'accroc est rare nous sommes embarrassés. Nous le sommes parce que l'accroc intellectuel c'est un phénomène que nous ne savons pas trop provoquer. Alors nous n'avons qu'une ressource : la prolongation de l'examen.

N'importe quel examen peut le révéler en raison de son caractère même et de cette généralité de l'affaiblissement paralytique qu'il faut entendre de la façon variée que nous avons dite, et qui fait qu'il se manifesterait aussi bien par un vol que par une réponse absurde, ce qui en fait d'ailleurs le danger. Mais si n'importe quel examen peut en être l'occasion, n'y en a-t-il pas toutefois où l'on aura plus de chances de l'apercevoir ?

Il y a, en effet, à l'occasion de la sortie des paralytiques généraux, un double problème à résoudre : la question que nous avons abordée l'autre fois et celle que j'ai en vue aujourd'hui :

1° Puisque le malade entre à l'asile avec un abaissement de niveau qui l'empêche de vivre au dehors, après traitement récupère-t-il un niveau suffisant ?

Cela serait-il, persiste-t-il chez lui des troubles de fonctionnement, accroc ou gêne, qui doivent faire redouter le retour d'incidents ?

Et c'est alors le quatrième et dernier point que j'aborderai. Je passerai en revue, à l'occasion des ressources qu'ils nous offrent à cet égard, les examens dont nous disposons ; et j'indiquerai, chemin faisant, les techniques qui me paraissent les plus propres à leur donner toute leur valeur.

IV. J'ai dit déjà quelques mots de *la conversation clinique*. Sa souplesse en fait un instrument de premier ordre, et, en la prolongeant assez, en la reprenant à des jours différents, en la variant, elle fournit des occasions d'une incomparable richesse. Outre toutefois qu'elle est peut-être un peu trop fonction de qui la conduit, elle ne laisse, comme le faisait remarquer M. le Professeur Claude, si je l'ai bien compris l'autre jour, qu'une impression et point de traces.

D'autre part elle est facile surtout à une première entrevue, alors qu'on peut faire retracer au malade toute son existence ; à la longue, malgré tout, elle s'épuise un peu. Enfin une conversation n'exige point constamment une compréhension parfaite ni des réponses précises ; des à peu près y suffisent ordinai-rement ; l'adaptation qu'elle met en lumière est donc assez élémentaire.

Je lui préfère, ou plutôt je crois tout au moins nécessaire d'y ajouter des *épreuves hiérarchisées*, et cela pour deux raisons : 1° parce que des épreuves hiérarchisées fixent un niveau dont j'ai montré qu'on avait besoin, soit pour fixer l'ampleur des résultats acquis, soit pour apprécier la possibilité d'une sortie ; 2° parce que des épreuves difficiles ne sont pas seulement épreuves de niveau, mais elles jouent dans la paralysie générale, et par rapport au fonction-

nement intellectuel, le même rôle que les mots d'épreuve dans un examen de la parole.

Les épreuves hiérarchisées, auxquelles on peut avoir recours, peuvent être divisées en trois groupes : épreuves d'intelligence, épreuves d'instruction, épreuves professionnelles.

1. Outre la facilité de comparaison que je mentionnais l'autre jour, un examen de niveau présente l'avantage d'être un examen assez long, qui fournit donc les occasions multiples dont on a besoin.

L'accroc s'y montre, d'autre part, avec une netteté particulière. Quel que soit le niveau que le malade atteigne, on a fréquemment, en effet, la surprise de constater des échecs au cours d'épreuves manifestement d'un niveau inférieur ; le niveau est de 9 à 10 ans et on voit échouer le malade lorsqu'il s'agit de compter 4 sous ou de faire 3 commissions !

Maintenant toutes les épreuves de notre échelle ne sont pas également démonstratives à cet égard. On a même l'étonnement d'en voir dont l'affaiblissement paraît assurer le succès !...

Je ferai rentrer dans le même groupe, parce que ce sont en quelque sorte des parties de niveau, d'autres tests, tels que des tests de mémoire ou des tests de jeux de patience. Ils ont l'avantage — les épreuves de mémoire par exemple sont extrêmement nombreuses — de pouvoir être variés et par conséquent de pouvoir être essayés sous une forme nouvelle à chaque entrevue, si l'on souhaite, comme M. Claude, des examens périodiques. Il faut seulement, et j'y insiste de nouveau, que ces épreuves présentent des difficultés progressives.

2. Le même avantage de pouvoir être renouvelées, presque à l'infini, s'attache aux épreuves d'instruction.

Je n'ai pas besoin de souligner l'intérêt d'un spécimen d'écriture (qu'on pourra parfois comparer à

l'écriture du malade avant sa maladie) — et d'une *épreuve de copie* — laquelle exige repérage, attention, et dont beaucoup de paralytiques généraux sont incapables.

La *lecture* à haute voix ne fait pas ressortir seulement les troubles de la parole. On a la surprise de voir passer des mots (exactement comme dans l'écriture) et l'on peut aussi enregistrer les souvenirs retenus.

Mais le *calcul* surtout est excellent en raison de la précision qu'il réclame. Or nous disposons aujourd'hui de tests de lecture de nombres, de tests d'opérations et de problèmes qui permettent aisément de juger des difficultés que rencontre un malade, des limites qu'il ne peut dépasser. Les problèmes oraux paraissent constituer dans la paralysie générale des obstacles tout particuliers.

Or, certes, on utilise couramment des épreuves de ce genre, mais questions imaginées extemporanément et au hasard de l'inspiration. Toute comparaison rigoureuse d'un moment à l'autre devient ainsi quasi-impossible. Nous recommandons de préférence de faire copier un même texte si l'on veut juger d'une amélioration des mouvements graphiques, de faire lire le même fait divers (en notant les fautes selon les techniques que nous avons établies) si l'on désire apprécier l'existence ou non d'un changement, de recourir à une série de multiplications de difficulté déterminée et à des problèmes standardisés pour juger si les possibilités d'un malade restent stationnaires ou manifestent un gain (1).

Je signalerai, enfin, pour toutes les épreuves d'instruction, la nécessité de tenir compte d'un élément important ; la rapidité avec laquelle elles sont faites. Et l'on pourra aussi compléter les indications qu'elles donnent en réclamant qu'elles soient effectuées avec

(1) On peut se procurer les tests que nous utilisons à la Société Alfred Binet, 3, rue de Belzunce, Paris, X^e.

une vitesse maxima : un paralytique général ne peut faire de la vitesse ; ses troubles de fonctionnement s'accusent dans ces conditions ; le désarroi de son esprit se manifeste aussitôt. Je n'en donnerai qu'un exemple : faites nommer quelques objets, ne serait-ce que les quatre couleurs de notre échelle de niveau, puis demandez qu'ils soient nommés aussi vite que possible et vous verrez un nom apparaître pour un autre, d'autres s'estropier... et le paralytique ne point sortir de cette épreuve.

3. Quant à des *épreuves professionnelles* enfin, je les réserverais aux malades sur le point de sortir : il paraît légitime et assez aisément de faire taper à la machine une dactylographe, de soumettre un employé de banque ou un comptable à un exercice de son métier, de demander à un chauffeur de taxis la connaissance qu'il a conservée des rues de Paris et des trajets pour aller d'un point à un autre, de soumettre un commerçant à des exercices de mesurage, de pesée et de calculs de prix... Peut-être n'obtiendrait-on pas ainsi une sécurité absolue, mais du moins aura-t-on mis de son côté tous les éléments d'appréciation dont on dispose.

**

Notre époque n'a pas vu se compléter seulement les examens des humeurs. Des techniques psychologiques sont nées dont je m'explique mal le retard d'application à la psychiatrie et dont la paralysie générale fournit un des meilleurs exemples de leur utilité. Qu'on ne fasse point de traitement, qu'on utilise le stovarsol ou la pyrothérapie sous quelque forme que ce soit, des observations méthodiques, comparables, sont de plus en plus une nécessité. Si les observations contenaient des documents du genre de ceux que nous venons d'énumérer, les statistiques n'en seraient que plus démonstratives.

J'ai hésité à vous lire des interrogatoires recueillis

selon ces techniques, parce que, malgré tout, un document écrit perd énormément à n'être pas vécu. Je puis dire cependant que les contrastes qu'on observe au cours de ces examens précis sont remarquablement éloquents et ont frappé les collègues que j'ai pu y faire assister.

Je m'excuse aussi d'avoir été un peu long, mais il m'a semblé que ces détails étaient susceptibles de renouveler une étude clinique un peu périmée, et que présenter un peu différemment que d'habitude des choses que chacun de nous peut retrouver dans son expérience personnelle n'était peut-être pas sans intérêt.

DISCUSSION

M. DUPOUY. — J'insisterai sur la difficulté que l'on a en présence des régressions incontestables, amenées par la malariathérapie chez les paralytiques généraux, à se prononcer sur l'opportunité de l'internement de tels sujets. Ils ne délirent plus. Ils sont lucides. Ils ont recouvré leur mémoire. Ils ont conscience d'avoir été malades. Quelquefois même les réactions biologiques sont normales ou à peine perturbées. A s'en tenir aux données de l'examen physique et mental on les croirait capables de vivre en société. Et pourtant bien souvent les familles, avec raison, ne veulent pas les reprendre, ou s'ils sont déjà en liberté, réclament leur réinternement, car ils ont gardé des troubles du caractère que l'on ne constate qu'à l'expérience.

En somme les tests actuellement connus ne servent à rien pour juger de l'opportunité de l'internement de tels sujets. Les tests intellectuels donnent le niveau d'un homme normal ou à peu près. Les tests biologiques ne révèlent quelquefois aucune modification appréciable du liquide céphalo-rachidien. Les tests professionnels ne comportent pas toutes les circonstances dans lesquelles le métier s'exercera. Il n'y a malheureusement pas de test du caractère.

M. SIMON. — Il n'y a pas en effet jusqu'ici de tests du caractère qui aient vraiment fait leurs preuves, mais cette lacune est regrettable aussi bien pour les sujets atteints de n'importe quelle psychose que pour les paralytiques généraux. Pour ces derniers il faut apporter la plus grande importance à la façon dont se révèle l'affaiblissement intellectuel surtout quand il est minime.

La séance est levée à 18 h. 30.

Le Secrétaire remplaçant

Paul COURBON.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

NEUROLOGIE

Conférences de sympathologie clinique, par M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur-agréé à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital de la Pitié (Chahine, édit.).

Le sympathique se caractérise :

1^o au point de vue physiologique, par « la diffusion de ses réflexes » ;

2^o au point de vue clinique, par la diffusion « des manifestations morbides ».

Le terme de « sympathique », pris dans son sens éthymologique (souffrir avec...), traduit admirablement cette variabilité dans la diffusion des réactions « qui est en quelque sorte le critère physiologique et clinique du sympathique et qui s'explique par sa constitution anatomique ».

Les premières conférences de M. Laignel-Lavastine sont consacrées à la sémiologie du sympathique, c'est-à-dire à l'étude des réflexes cutanés et viscéraux qui permettent de mettre en évidence les perturbations du système végétatif et dont la recherche, pour certains d'entre eux, est capitale : « Je considère, écrit M. Laignel-Lavastine à propos du R.O.-C., que ce réflexe est à la sympathologie ce que le réflexe rotulien est à la neurologie sensorio-motrice. »

La seconde partie de l'ouvrage est une étude des principaux syndromes par lesquels s'expriment cliniquement les perturbations fonctionnelles du sympathique. Et comme il n'est à peu près pas d'affection auxquelles il ne participe, nous avons ainsi l'occasion de passer en revue presque toute la pathologie.

Le psychiatre s'arrêtera avec un intérêt particulier aux chapitres intitulés : Syndromes sympathiques nerveux et mentaux ; Sympathique et névroses ; Sympathique et psychoses. Après un travail de minutieuse analyse des troubles sympathiques observés dans les psychoses, tant au point de vue morphologique qu'au point de vue physiologique et de leurs rapports avec la maladie, M. Laignel-Lavastine se place au point de vue de la synthèse qui doit « mettre en évidence l'existence ou non d'un facteur sympathique chez les psychopathes qu'on examine ».

Les dernières pages ont trait aux médicaments du sympathique, à leur mode d'action, à leur usage. Le traitement des sympathosés, essentiellement individuel, doit, pour réussir, reposer sur une connaissance précise de ce que chaque cas comporte de spécial ; thérapeutique toute en nuances que M. Laignel-Lavastine compare d'ailleurs à l'art pictural.

M. B.

La Maladie de Friedreich, par P. MOLLARET, Chef de clinique à la Salpêtrière. Un vol. de 308 pages. Amédée Legrand, éditeur, 1929.

M. Mollaret donne une importante étude clinique de la maladie de Friedreich. Il soutient que cette maladie nerveuse familiale n'a aucun caractère qui permette de la séparer nettement de l'héredo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, et que ces deux affections constituent un groupe morbide unique. Il publie vingt et une observations personnelles ou inédites en les classant d'une façon très pratique et très intéressante. Chaque symptôme ou ensemble de symptômes est accompagné d'une ou plusieurs observations dans lesquelles il est particulièrement apparent ou prononcé.

Le chapitre qui nous intéresse particulièrement est celui qui est consacré aux troubles mentaux ; il est inspiré de la thèse de notre collègue Saquet. M. admet que, dans la maladie de F., l'état mental est normal dans les 3/4 des cas ; il peut y avoir parfois une intelligence remarquable. Dans le dernier quart, on trouve un degré variable de débilité mentale, pure ou accompagnée de troubles du caractère, et pouvant aller jusqu'à l'imbécillité et à l'idiotie. Ces troubles mentaux ne sont sans doute pas un effet des lésions cérébello-médullaires, mais un processus associé, dû à l'insuffisance générale des centres nerveux.

Après avoir étudié l'évolution (lente et irrégulière) et les formes cliniques de la maladie, M. consacre à la thérapeutique un chapitre dont le titre : L'impuissance de la thérapeutique, indique bien l'état actuel de nos connaissances à ce sujet, et donne une longue bibliographie.

J. LAUTIER.

PSYCHIATRIE

Les psychoses évitables, par M. M. NATHAN (Flammarion éditeur).

L'auteur a pour but essentiel dans cet ouvrage d' « établir la part respective de l'inné et de l'acquis, notamment par la vie familiale », dans la production de certaines psychoses. Sans nier le rôle de l'hérédité il montre qu'elle « laisse à notre psychisme une marge notable de plasticité ». C'est dans ce champ que les malentendus avec l'entourage, les épreuves de toutes sortes, une éducation bien ou mal comprise pourront exercer leur action utile ou néfaste.

Certes les psychiatres connaissent bien ces conflits familiaux, ces phénomènes d'interpsychologie qui entretiennent, renforcent ou font apparaître certaines manifestations psychopathiques. Mais ces heurts ne sont-ils pas eux-mêmes la résultante d'un état mental particulier qui leur est antérieur ? Il est peut-être bien difficile, pour certains sujets, de trouver l'ambiance au sein de laquelle ils n'auront à souffrir d'aucune erreur éducative, d'aucun malentendus étant donné qu'ils sont plus aptes que quiconque à les créer et à en souffrir.

Les psychoses choisies comme types par le Dr Nathan ne sont-elles pas de toutes les plus difficilement évitables ? Il est vrai, que le problème, du fait de sa complexité, n'en a que plus l'intérêt et que les directives que l'on pourra trouver à la lecture de cet ouvrage n'en auront que plus de prix.

M. B.

La Maladie de Jean-Jacques Rousseau; par le Dr S. ELOSU.
Un vol. de 157 pages, Fischbacher, éditeur, 1929.

Malgré les nombreux écrits que la maladie ou plutôt les maladies de Jean-Jacques ont déjà inspiré à des urologues, des chirurgiens, des otologistes, des psychiatres et des psychanalystes, le Dr Elosu a estimé que l'on pouvait encore

trouver du nouveau sur ce sujet, et en effet il donne un nouveau diagnostic de la maladie mentale du grand écrivain.

Je ne critiquerai pas son opinion sur les troubles urinaires de Rousseau, mais il n'en est pas de même de celle qu'il a sur sa psychose. Il en fait un délire *toxique* à forme interprétative, dû à l'intoxication urinaire. Ce diagnostic est absolument insoutenable. Si l'on a signalé, dans l'urémie, quelques rares cas où le délire se systématise et peut ainsi égarer le diagnostic, il ne s'agit jamais que de psychoses passagères et non pas de délires évoluant pendant toute une suite d'années et permettant, pendant cette longue période, une vie intellectuelle active comme celle qu'a menée Jean-Jacques.

Que l'on fasse de cet auteur un neurasthénique artéioscléreux, un mélancolique persécuté, un interpréteur de la variété résignée, tout cela peut se défendre. Mais on ne peut pas étiqueter une psychose qui a duré 17 ans (1761-1778) du nom de psychose toxique, urémique. L'auteur va encore plus loin en regardant comme de simples conséquences des anomalies urinaires les perversions présentées dès sa jeunesse par Rousseau [Masochisme, Exhibitionnisme, Dromomanie]. Somme toute le Dr Elosu veut faire dépendre toute l'existence de Rousseau de sa tare urinaire ; peut-être estime-t-il qu'elle est aussi la cause de son génie ?

J. LAUTIER.

Le traitement de la paralysie générale et du tabès par la malaria provoquée, par le Professeur A. FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce). (1 vol. in-8°, 120 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1929).

Cet exposé clair, précis, pratique, de la technique et des résultats de la malariathérapie appliquée aux affections syphilitiques du système nerveux est destiné à renseigner le médecin praticien sur les indications et l'application d'une méthode thérapeutique préconisée depuis 1917 par Wagner von Jauregg et aujourd'hui employée dans le monde entier.

Le Professeur Fribourg-Blanc indique l'importance du choix de la souche à inoculer et des contre-indications résultant de l'ancienneté de la maladie, de l'âge du sujet et de son état physique. Il décrit l'évolution du paludisme provoqué et la nécessité d'associer à la malariathérapie un traitement médicamenteux antisyphilitique.

L'auteur donne ensuite diverses statistiques de résultats

dont la sienne, statistiques dans lesquelles les succès sont, suivant les auteurs, de 25 à 50 % des cas de paralysie générale. Dans le tabès, le traitement agit surtout sur les douleurs et les crises viscérales et paraît moins actif sur les troubles moteurs.

Quatorze observations résumées complètent cette excellente monographie et montrent ce qu'on peut attendre de cette thérapeutique.

René CHARPENTIER.

Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, tome VII, sous la direction du Professeur PFERSDORFF (1 vol. in-8°, 362 pages, Strasbourg, Edit. Univ., 1929).

Ce volume de travaux de la Clinique psychiatrique du Professeur Pfersdorff, de la Faculté de Médecine de Strasbourg, contient trois importants mémoires du Professeur PFERSDORFF : l'analyse d'un cas de *dissociation schizophrénique*, une contribution à l'étude des *catégories du langage* (l'interprétation « philologique », langage néoformé sans rapport avec les idées délirantes), et l'exposé des *lésions anatomiques d'un cas d'aphasie paramnésique de Pitres* dont l'observation a été publiée dans le tome VI.

On trouvera encore dans ce volume les travaux de M. J. SCHOCH sur une *association optico-motrice pathologique*, de M. W. JOST sur *l'influence de l'âge sur la symptomatologie de la folie maniaque dépressive*, une contribution de M. P. SIMON à l'étude des *lésions frontales bilatérales* et un important mémoire de M. E. GELMA sur *la limite de la croyance religieuse morbide*.

R. C.

NEURO-PSYCHIATRIE

Lésions anatomiques d'un cas d'aphasie paramnésique (Pitres) aphasic glossopsychique de Storch, par le Prof. PFERSDORFF. Travaux de la clinique psychiatrique de Strasbourg, VII, 1929, p. 359.

Autopsie d'un cas d'aphasie paramnésique d'origine traumatique exposé précédemment (T. VI, 1928). Hémorragie presque exclusivement sous-corticale au niveau du premier sillon temporal.

M. TRÉNEL.

Contribution à l'étude des catégories du langage (l'interprétation « philologique »). Langage néoformé sans rapport avec les idées délirantes), par le Prof. PFERSDORFF. Travaux de la Clinique Psychiatrique de Strasbourg, VII, 1929, p. 307.

P. distingue dans la fonction du langage — tant normale que pathologique — des catégories. En clinique se présentent les catégories suivantes du langage pathologique :

- 1° Production de phrases courtes, manquant de sens à syntaxe correcte ;
- 2° a) Production d'énumérations néo-formées sans aucun sens ;
b) Production de syllabes sans sens ou production phonétique amorphe ;
- 3° Production du mot isolé avec ou sans sens et d'un texte lu ou entendu ;
- 4° Traduction ;
- 5° Production des énumérations existantes (séries) ;
- 6° L'épellation qui peut être lésée séparément dans des cas de stupeur ;
- 7° L'association réactive (expérience des associations).

Le groupe 1 et 2 (langage automatique) ne saurait être l'expression de l'idéation du malade vu qu'il manque de sens.

Les catégories 3 à 7 par contre servent à interpréter l'idéation du malade qui est conscient du fait. Il faut réservé une place à part à un groupe (qui fait partie de la 7^e catégorie) des réactions associatives. Ce sont les associations qui réalisent « l'interprétation philologique » du mot provateur ou une des réactions suscitées par ce mot.

Pfersdorff applique cette classification à deux cas dont il analyse minutieusement les troubles du langage et note à ce sujet que les mêmes groupements surviennent chez les délirants et chez les automatiques. Il discute à cette occasion les idées émises par Teulié dans son importante thèse sur « *Les rapports des langages néologiques et des idées délirantes* ».

Ce court exposé, où nous reproduisons presque textuellement les termes de l'auteur, ne donne qu'une faible idée de l'intérêt de l'article qui vaut par les détails d'analyse. Il serait très désirable que le Pr Pfersdorff nous donnât une vue d'ensemble des ingénieuses recherches qu'il poursuit

depuis de longues années sur les troubles du langage, dispersées dans de nombreux articles.

M. TRÉNEL.

PSYCHOLOGIE

L'Année Psychologique, vingt-neuvième année, publiée par le Professeur Henri Piéron (2 vol. in-8°, 948 pages, Paris, Félix Alcan, édit.).

Parmi les intéressants mémoires originaux publiés dans le tome XXIX (année 1928) de l'important recueil annuel publié par le Professeur H. Piéron, il faut citer : *le problème des impressions de mouvement consécutives d'ordre visuel*, par M. G. DURUP, une contribution à *l'étude des facteurs régissant le taux de sommation des impressions lumineuses de surface inégale*, par MM. N. KLEITMAN et H. Piéron, *les inhibitions internes de fixation*, par M. M. FOUCault, *l'étaillonage français du test de Barcelone*, par Mme H. Piéron, *le problème des excitations tactiles brèves*, par M. A. FESSARD, *l'influence de la durée des sons sur leur timbre*, par MM. H. D. BOUMAN et P. KUCHARSKI, *les lois du temps du Chroma des sensations lumineuses*, par M. H. Piéron, *le langage et les articulations de la pensée*, par M. D. BERTRAND-BARRAUD.

Dans les notes et revues, M. Henri Piéron expose *le rôle des phénomènes de contraste dans la combinaison des champs hétérogènes en vision binoculaire*, des données complémentaires sur *l'influence de la composition de la lumière sur la nature des couleurs subjectives de Fechner-Benham*, et dans un article intitulé : *Technique de laboratoire et appareils*, expose d'ingénieux dispositifs personnels destinés à simplifier et à préciser les recherches expérimentales (rotateur de disques à secteurs d'étendue angulaire réglable en marche ; chronoptoscoque ; modification au pendule de Miles).

Près de 1.400 analyses biographiques complètent ce recueil, où l'on retrouve chaque année l'exposé des travaux concernant non seulement la psychologie normale, la psychologie comparée, la psychologie appliquée, la psychotechnique, mais la psycho-physiologie, la psychologie pathologique, l'anatomo-physiologie nerveuse et la neuro-psychiatrie.

R. C.

Principes de Psychologie appliquée, par le Dr H. WALLON,
Directeur à l'Ecole des Hautes-Etudes, Professeur à l'Institut
de Psychologie de l'Université de Paris et à l'Institut
National d'Orientation Professionnelle (1 vol. in-8°, 218
pages, Armand Colin, édit., Paris, 1930).

Partie de cas concrets et de problèmes utilitaires, la psychologie appliquée, écrit M. H. Wallon, montre le néant des antinomies que les psychologues de l'introspection et de l'intuition dressent entre le monde intérieur et le monde extérieur, entre le fait psychique et le nombre, entre le sujet purement abstrait qu'ils se donnent et le sujet vivant.

Un acte est en expectative ou accompli. S'il est en expectative, la question qui se pose est celle de ses possibilités. Elles peuvent être d'ordre général ou spécial.

D'ordre général, c'est la *psychologie du Travail* qui est en cause, psychologie de cette activité forcée dont le Dr Wallon expose d'abord les conditions physiologiques, les effets psychiques, en même temps qu'il étudie les courbes du travail, les facteurs de l'effort et du rendement et quelques problèmes concrets posés en nombre croissant par l'industrie à la psychologie (recherche du plus grand rendement, fréquence et durée des pauses, influence sur le rendement du sujet de la diversité ou de la monotonie des travaux effectués, aménagement du travail et en particulier du travail scolaire, action des saisons, de la température, de la lumière, etc.).

D'ordre spécial, c'est alors d'aptitudes particulières et individuelles qu'il s'agit. Pour les explorer, la *méthode des tests*, telle que celle publiée dès 1905 par Binet et Th. Simon, a pris un développement considérable (tests de développement et tests d'aptitude, tests de connaissances, profils réduits individuels, courbes de fréquence, etc.). En même temps qu'elle cherchait à donner pour chaque cas les indications les plus précises, elle a suscité de nombreux problèmes. Ses effets sont tantôt d'un véritable intérêt pratique et tantôt contestables. Tant dans leurs applications pratiques que dans leur emploi théorique, les tests tirent leur sens et leur portée de l'idée ou de l'intention qui les motive.

Le champ de beaucoup le plus étendu et le plus fertile des « applications » psychologiques est celui de l'activité professionnelle et de la production. La *rationalisation* tend à obtenir le rendement le plus grand avec le plus d'économie possible, en particulier dans l'emploi de la main-d'œuvre. Elle peut s'obtenir à la fois par le bon aménagement du

matériel, et par le perfectionnement de la méthode de travail.

La *sélection professionnelle* consiste à choisir l'homme qu'il faut pour un certain travail tandis que l'*orientation professionnelle* établit le genre de travail qui convient aux aptitudes de chacun. L'utilité de la sélection se démontre par un accroissement des bénéfices nets. Elle fonctionne à la façon d'un crible. Pour certaines professions, il y a des insuffisances qui sont une cause radicale d'élimination, mais le plus souvent l'exercice d'une profession nécessite un ensemble d'aptitudes entre lesquelles les compensations sont possibles, d'où des épreuves très complexes qui mettent en jeu la personnalité du sujet.

Tout en étant pratiquée dans l'intérêt de l'individu, l'orientation professionnelle n'a pas moins d'importance pour l'économie sociale en tendant à réaliser le meilleur rendement de l'ouvrier, la stabilité de la main-d'œuvre et à diminuer les accidents du travail. Autant qu'il est possible, l'orientation doit trouver leur emploi aux défauts comme aux qualités. Une semblable tâche suppose une connaissance approfondie de la profession et la mise en action de tous les procédés d'enquête ou d'investigation susceptibles de faire connaître l'individu. Parmi tous ces procédés, les tests restent l'instrument fondamental pour dépister et mesurer les aptitudes requises par chaque profession. Dans ce domaine, leur emploi s'est très développé, soit qu'on emploie la méthode synthétique ou globale, analogue ou d'imitation, soit qu'on utilise la méthode analytique en décomposant le travail dans ses facteurs fonctionnels pour vérifier isolément le niveau de chaque fonction.

Etudiant enfin les *motifs et conséquences psychiques de l'activité*, M. Henri Wallon montre l'intérêt de l'utilisation des influences qui peuvent entraîner le consentement du sujet, consentement qu'exige l'acte en expectative. Seul, jusqu'à présent, le commerce a tenté systématiquement d'obtenir ce consentement au moyen de la *réclame*, qui lui est devenue indispensable et à laquelle il consacre des sommes considérables.

L'acte accompli appelle encore la *Critique des témoignages* dont le Dr Wallon étudie les altérations chez l'auteur de l'acte et chez le spectateur, chez l'adulte normal, chez l'enfant et chez les psychopathes.

Un aussi bref exposé donne une idée bien incomplète de l'excellent livre de M. Henri Wallon avec qui l'on doit

conclure que la psychologie appliquée rend l'action plus efficace, améliore ou crée les techniques et ouvre, par ses résultats, des champs où les connaissances peuvent s'ajouter aux connaissances.

René CHARPENTIER.

SOCIOLOGIE

Problèmes sociaux et Biologie, par Henri DAMAYE, Paris.
Félix Alcan, édit., 1929.

Dans cet ouvrage, qui confirme une série de volumes sur la psychiatrie et la sociologie, M. Damaye montre combien les études biologiques sont devenues nécessaires à la conservation des familles, chez les peuples européens. L'insuffisance d'instruction biologique et de morale est à la base de la dépopulation française. Les études médicales sont encombrées, parce que l'enseignement secondaire donne surtout une instruction littéraire et que le doctorat en médecine est, actuellement, le seul diplôme qui satisfasse la curiosité du jeune homme en matière biologique.

M. Damaye étudie, en cet ouvrage, les fondements des religions révélées et leur influence sociologique bonne ou néfaste. Il montre les méfaits de la liberté de l'enseignement au point de vue santé de l'enfance et au point de vue instruction scientifique. Les anomalies mentales sont étudiées dans la famille, la société civile, le service militaire et la question du maintien de la concorde internationale.

Cet ouvrage sera lu très utilement par tous les psychiatres, les sociologues et les éducateurs.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Altérations dynamiques et qualitatives du liquide céphalo-rachidien chez les épileptiques, par G. DALMA (*Riv. sperdi Fren.*, 1930, vol. LIV, fasc. 1, p. 94-107).

Revue critique de la littérature des quatre dernières années concernant la pression et la composition du liquide C.-R. des épileptiques.

Treize observations personnelles, dans lesquelles la pression du liquide mesuré au manomètre de Claude oscille entre 12 et 24 cm. dans le décubitus latéral et entre 28 et 48 dans la position assise.

Les réactions humorales sont normales (Wassermann, Pandy, Nonne-Apell-or-colloïdal, lymphocytes).

GUIRAUD.

La réaction de précipitation de Hinton dans le liquide céphalo-rachidien, par C. UGURGIERI (*Rasseg. di stud. psich.*, 1930, vol. XIX, f. 4, p. 584-594).

Cette réaction a été décrite par Hinton en 1927 ; elle serait plus sensible que celle de Meinicke et de Kahn. L'auteur décrit en détail la technique telle qu'il l'applique au liquide C.-R. Un extrait de muscle de bœuf insoluble dans l'éther, soluble dans l'alcool après addition de cholestérol, chlorure de sodium et de glycérine, est mis en contact avec de faibles quantités de liquide. Un éclaircissement plus ou moins accentué de l'émulsion indique la positivité de la réaction.

Sur 152 réactions, la R. H. a été positive 47 fois (P.G., tabès, syphilis vasculaire) et la R. Wassermann 43 fois seulement. Sur trois des quatre cas discordants, la R. H. a été plus sensible que celle de Wassermann.

La simplicité de la technique, la facilité de la lecture et

la concordance des résultats permettent de considérer la R. H. comme une bonne réaction complémentaire de la R. W.

GUIRAUD.

L'équilibre acide-base dans l'épilepsie, par M. GOZZANO (*Riv. di Pat. ner. e ment.*, juin 1930, n° 1, p. 128-131).

La réserve alcaline dans 1/3 des cas est plus élevée que normalement ; dans les autres, elle varie dans des limites normales. La valeur maxima a été de 76,3 0/0 vol.

Dans les trois quarts des cas, la tension alvéolaire est inférieure à la normale — 28 mill. 6 dans le cas le plus typique.

Le pH, calculé par la formule de Hasselbach, est plutôt élevé, mais dans des limites normales.

Après les crises, le CO₂ est augmenté, la réserve alcaline et le pH sanguin diminués.

GUIRAUD.

Histologie comparée et histophysiologie des plexus choroïdes dans la série des vertébrés, par M. VIALLI (*Riv. sper. di Fren.*, vol. LIV, fas. 1, p. 120-187 et fas. 2, p. 351-411).

Ample revue générale impossible à résumer, avec importante bibliographie.

GUIRAUD.

PSYCHIATRIE

L. CIAMPI, G. VIALE et T. COMBES : L'enzymoréaction chez les aliénés (in *Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina legal*, Buenos-Aires, vol. 16, pp. 17-22).

Il existe déjà plus de 120 publications sur l'enzymoréaction proposée par Sivori et Rebaudi. Sivori considère comme spécifiques non seulement (comme Abderhalden) les protéines des divers organes, mais aussi les propeptides qui en dérivent. Si on injecte dans le sang des protéines étrangères, il apparaît des ferments qui les détruisent ; or il en va de même lorsque se déchargeant dans le sang des produits de désintégration des protéines : l'enzymoréaction les décèle même en quantité minime. Elle donne de bons résultats

dans le diagnostic de tuberculose, de grossesse, de syphilis, de cancer, de rage, etc. Capocaccia et Frola ont montré que si un organe est lésé pharmacologiquement, apparaît dans le sérum une enzymoréaction prévalente à l'égard de l'organe lésé ; le phosphore produit une réaction positive pour le foie, le sublimé et le nitrate d'uranium pour le rein. — Il s'agit de mettre en évidence en un mélange (antigène-sérum) l'apparition d'amino-acides dérivés de l'action de ferments spécifiques sur l'antigène ; les amino-acides se décèlent par la ninhydrine, qui prend une coloration bleue. (Albumines et peptones ne produisent la même coloration qu'en concentrations assez hautes). Les antigènes apportés d'Europe s'étant altérés, les auteurs ont dû préparer des désintégrats d'organes par le moyen de digestions artificielles ; dans ces produits manquent les réactions des albumoses et s'insinuent très faibles celles des amino-acides ; il faut assurer la constance du pH du milieu. Premiers essais : chiens normaux, auxquels on fait subir une lésion du foie ou du testicule ; la réaction est négative chez les normaux, positive pour l'organe lésé après le trauma. Seconde série : extirpation d'un organe et recherche des antigènes pour lesquels la réaction se montre positive. Chien thyroïdectomisé : réaction positive pour la thyroïde, négative pour le foie, la rate et le rein. Deux chiens privés de surrénales : réaction positive pour foie, rate, rein et thyroïde. Troisième série : application de la réaction de Sivori à des malades mentaux : 17 D. P., 12 P. G., 4 prénasthéniques, 4 divers. (A Gênes, Cossar poursuit les mêmes recherches sur des post-encéphalitiques, des maladies de Little, de Parkinson, des tabétiques, des paralysies cérébrales spastiques). La réaction apparaît mieux dans le sang que dans le L. C.-R. (à cause des plus nombreux lymphocytes ?). Résultats :

D. P. — Réaction positive pour les 4 organes (cerveau, thyroïde, testicule, foie) ; pour 3 (cerveau, thyroïde, foie) ; pour 2 (cerveau, foie) ; elle fut 6 fois négative.

P. G. — Positive pour le cerveau 4 fois, pour la thyroïde 7 fois, pour le testicule 3 fois, pour le foie 2 fois.

Prénasthénie. — Positive pour le cerveau 3 fois sur 4 et une douteuse.

Bien entendu, cette recherche n'est que préliminaire.

G. REVault D'ALLONNES.

Le syndrome de puérilisme mental, par J. NARDI (*Archi. Gen. di. Neur. Psichi. e Psicoan*, 1929, vol. X, n° 3, p. 300-307).

L'auteur, après avoir énuméré les diverses formes dans lesquelles on observe cette singulière altération de la personnalité, connue sous le nom de puérilisme mental, rapporte deux cas personnels dans la schizophrénie, en signalant sa rareté. Il énumère les diverses théories pathogéniques et propose l'hypothèse que le puérilisme mental représente une tendance inconsciente à échapper à un monde réel dans lequel la vie affective, et surtout instinctive et sexuelle est gênée dans son développement. C'est une tendance à se réfugier par compensation dans une ambiance fictive capable de réaliser mentalement et jusqu'à un certain point matériellement les tendances instinctives anormales plus adoptées à la vie infantile.

GUIRAUD.

Idées fixes, démence précoce et schizophrénie, par L. GRIMALDI (*Giorn. di psich. clin.*, 1930, vol. LVIII, fas. 1 et 2, p. 71-97).

L'auteur examine les rapports entre le syndrome psychasthénique et la schizophrénie. Il démontre que ces deux maladies ont des facteurs psychologiques communs : dissociation, empêchement psychique, et une base neurologique commune : l'asthénie.

L'angoisse et la conscience de la maladie données comme caractéristiques des idées fixes psychasthéniques ne s'opposent pas à l'assimilation des deux maladies. Elles peuvent se rencontrer aussi dans la schizophrénie ; de plus, l'angoisse est un phénomène non d'hyper-affectivité, mais de faiblesse et d'impuissance.

L'involution — qui n'est pas rare — des idées fixes psychasthéniques vers un affaiblissement quasi-démentiel de la personnalité, l'addition d'autisme, d'interprétations paranoïdes, d'attitudes rigides complètent le parallèle. *

Les observations apportées à l'appui de cette conception représentent des syndromes de transition entre la psychose obsessive, la schizophrénie, la démence précoce. L'inclusion de la première dans les secondes en est justifiée.

GUIRAUD.

Sur l'importance des troubles auditifs en pathologie mentale,
par P. OTTONELLO (*Riv. di Pat. ner. e ment.*, 1930, vol. XXXV, fas. 3, p. 351-411).

Long article dont on peut tirer les conclusions suivantes :
1° Dans les maladies inflammatoires auriculaires aiguës avec troubles psychiques, la cause commune des deux éléments est la maladie toxico-infectieuse. Entre les deux ordres de phénomènes, il n'y a qu'un lien indirect.

2° Les otopathies chroniques favorisent l'apparition d'un état catathymique, tendant à faire émerger dans la conscience les tendances inconscientes. D'autre part, les otopathies par la production de sensations auditives parasites ouvrent la voie à la projection spatiale des fausses représentations. Les syndromes qui en résultent s'identifient par beaucoup de caractères à la démence paranoïde avec thème délirant de persécution.

3° La richesse des hallucinations auditives n'est pas un caractère spécial aux psychoses consécutives aux otopathies.

4° La perte de l'ouïe provoque une modification de la personnalité avec tendance à la défensive.

GUIRAUD.

Le narcissisme catatonique dans la schizophrénie et son expression extrême : la position embryonnaire, par M. LÉVI-BIANCHINI (*Archi. Gen. di Neur. Psichi. e Psicoan.*, 1930, vol. XI, n° 1, p. 43-61).

Se basant sur l'analyse d'un cas clinique d'attitude embryonnaire par catatonie, l'auteur aborde le problème de la genèse organique ou psychique de la catatonie schizophrénique.

La forme la plus accentuée lui paraît être la reproduction de l'attitude de l'embryon dont il donne de remarquables photographies ; c'est une attitude de narcissisme parfait. La catatonie schizophrénique résulte d'un mécanisme pathogénique d'après lequel la cérébration morbide renonce à toutes les composantes motrices d'un complexe idéo-affectif au profit de composantes représentatives intérieures exprimant ainsi l'extrême degré de narcissisme, c'est-à-dire en langage psychanalyste la transformation et l'intériorisation de la libido du mode objectif en libido du moi. C'est la renonciation au monde extérieur et l'intériorisation absolue du moi psychique morbide. Du point de vue de la métaphysique

clinique, le retour à l'attitude du fœtus peut être considéré comme un phénomène inconscient de réactivation du trauma de la naissance. C'est la suprême et folle expression du désir de n'être pas né et de vouloir rester ou retourner éternellement dans le sein de la mère : la terre.

GUIRAUD.

La réaction photo-sérochromatique de Kottmann dans les psychoses, par L. CABITTO (*Note e Riv. di Psich.*, n° 1, 1930, p. 61-77).

Kottmann a montré que si l'on ajoute à un sérum récemment prélevé de l'iodure de potassium et du nitrate d'argent et si on l'expose pendant quelques minutes à la lumière, on obtient après action d'un révélateur photographique (hydroquinone) une réduction argentique donnant plus ou moins rapidement une teinte brun foncé. Le sérum des hyperthyroïdiens est caractérisé par un ralentissement de la réaction, celui des hypothyroïdiens par une accélération. Les résultats obtenus chez 250 aliénés ont été les suivants : les oligophrénies, schizophrénies, les malades atteints de psychose involutive ont une sécrétion thyroïdienne inférieure à la normale. Dans les atteintes de la sphère sentimentale, il y a hyperthyroïdie. Dans l'épilepsie, grandes variations de la situation thyroïdienne (hypo ou hyper-sécrétion intense). Dans la P. G., la thyroïde fonctionne toujours de façon très insuffisante.

GUIRAUD.

La réserve alcaline et la tension alvéolaire dans certaines formes mentales, par A. PUCA (*Note e Riv. di Psich.*, n° 2, p. 263-282).

L'auteur a pratiqué plus de cinquante déterminations de la réserve alcaline et de la tension alvéolaire.

L'épileptique a une réserve alcaline et une tension alvéolaire légèrement basse dans les phases intervallaires et pré-paroxystiques.

Il a une réserve alcaline et une tension alvéolaire basse ou très basse après les crises.

Le dément précoce, le délirant chronique ont des valeurs normales, sauf dans les périodes de marasme et de sitiophobie (abaissement de R. A. et de T. A.).

Les encéphalitiques chroniques ont R. A. et T. A. abaissées. Les maniaques dépressifs ont une légère tendance à l'alcalose avec le retour à l'état normal dans les périodes de rémission.

Plus nettement alcalosiques sont les anxieux (sauf en cours de sitiophobie).

Les résultats sont normaux ou inconstants dans la confusion, la P.G., l'alcoolisme, les psychoses exogènes.

Puca signale lui-même que les recherches d'autres auteurs donnent dans l'épilepsie des résultats différents de ses constatations, mais il affirme qu'aucune erreur technique n'est possible dans ses dosages. Si, dit-il, d'après la réserve alcaline et la tension alvéolaire, on peut calculer l'état ou la tendance de l'équilibre acide-base, je dois admettre sans hésitations que l'organisme épileptique est toujours légèrement acidosique et qu'il le devient nettement après l'accès convulsif.

GUIRAUD.

La réserve alcaline et l'équilibre acide-base chez les épileptiques, par A. MARSAZZA (*Riv. di Pat. nerv. e ment.*, juin 1930, n° 1, p. 125-127) (*C.R. du 8^e Congrès de la Soc. Italienne de Neurol.*).

Les faits cliniques et les données physico-chimiques concordent pour donner dans l'épilepsie une certaine valeur, primitive ou secondaire, au facteur équilibre acide-base.

L'auteur distingue trois groupes d'épileptiques suivant leur comportement humoral :

1^o Groupe des épilepsies symptomatiques avec quelques rares cas d'épilepsie essentielle : pH sanguin, réserve alcaline, tension alvéolaire, taux du calcium sanguin, normaux.

2^o Groupe plus nombreux d'épilepsie essentielle, valeur basse du calcium total, signes d'alcalose sans régulation avec pH élevé, réserve alcaline normale ou légèrement augmentée, tension alvéolaire diminuée.

3^o Petit groupe d'épilepsie essentielle ; calcium total normal, signes d'alcalose compensée avec pH normal, réserve alcaline diminuée. Tension alvéolaire diminuée.

Dans l'urine, il faut signaler la réaction alcaline avant les accès, les notables variations journalières.

GUIRAUD.

La mentalité dégénérative, par F. DEL GRECO (*Note e Riv. di Psich.*, p. 47-58, n° 1, 1930).

Il y a trente ans, la théorie dégénérative dominait la pathologie mentale ; actuellement, on tend à restreindre le terme de dégénérés qui sert à désigner les psychopathes constitutionnels typiques. L'auteur a montré que l'édifice de la personnalité comprend à la base les instincts, ensuite le sentiment organique et enfin au sommet les représentations et les concepts. La folie résulte de l'atteinte de la région centrale, c'est-à-dire du plan sentimental-organique.

Dans la mentalité dégénérative, on constate des fluctuations du sentiment vital, l'atteinte émotive organique, le défaut de coordination volontaire, la difficulté de s'adapter aux nécessités de la vie sociale. Le psychopathe dégénéré est surtout un dysharmonique grave, incapable d'orientation pratique éthico-sociale. Il présente en germe tous les symptômes psychiques des psychoses et des névroses.

GUIRAUD.

Les phénomènes météorologiques dans leur rapport avec les maladies mentales, en particulier avec l'épilepsie, par C. BELLAVITIS (*Note e Riv. di Psichi.*, 1930, n° 1, p. 1-29).

Des observations faites à l'Asile d'Udine de 1925 à 1929 pour établir des rapports possibles entre les crises épileptiques et l'état météorologique, l'auteur a pu déduire que des facteurs météorologiques les plus importants (pression, température, état hygrométrique, phases lunaires, vents, saisons), seule la pression atmosphérique semble exercer une certaine influence, mais inconstante, déterminant par ses variations fréquentes des moyennes de crises mensuelles plus élevées dans le semestre de l'hiver. Il a constaté encore que certains malades, plus que les autres, sont sensibles aux variations barométriques accentuées.

GUIRAUD.

Syndrome catatonique et encéphalite épidémique chronique, par A. PUCA (*Riv. di pat. ner. e ment.*, 1930, n° 1, p. 246-255).

Dans leurs formes typiques, le parkinsonisme encéphalique et la catatonie de la démence précoce sont des syndro-

mes très différents. Mais on observe des cas de transition qui peuvent faire confondre l'encéphalitique chronique et le dément catatonique. L'auteur apporte trois observations dans lesquelles le diagnostic présente une certaine difficulté par suite du mélange des éléments des deux syndromes.

La discrimination peut être faite par trois éléments.

1° Du point de vue psychologique, les impulsions sont différentes chez le dément précoce et l'encéphalitique chronique. Le dément précoce se rend compte de ses impulsions, il ne s'y oppose pas et essaie de les expliquer ; il les élaboré sur un fond délirant clair et les interprète comme des phénomènes provoqués par une influence extérieure.

L'encéphalitique a une conscience obscure de son impulsivité. L'acte impulsif n'est pas le corollaire d'une idée délirante mais une idée aberrante et se rapproche de l'impulsion épileptique.

2° Les réactions pharmacodynamiques ne sont pas les mêmes (épreuves de la scopolamine, de la cocaïne, etc.).

3° L'encéphalitique présente l'hyperglycorachie.

Aucun de ces critères ne nous paraît décisif.

GUIRAUD.

Comportement de la bilirubinémie dans la confusion et les autres formes de maladies mentales, par C. UGURGIERI (*Riv. di pat. ner. e ment.*, 1930, vol. XXXIV, fas. 6, p. 882-910).

Dans tous les cas de confusion (amenza), la bilirubine est augmentée dans le sang. Cette augmentation marche de pair avec la gravité des symptômes somatiques et confusionnels.

La démence précoce à la période initiale donne des résultats analogues.

L'augmentation de la bilirubine dans le sang tient, non à une cause hémolytique, mais à une lésion hépatique.

GUIRAUD.

La géno-cuticréaction chez les aliénés, par G. DE NIGRIS (*Riv. di Pat. ner. e ment.*, 1930, vol. XXXV, n° 2, p. 22-35).

Cuticréaction pratiquée avec l'extrait des glandes germinatives des vertébrés inférieurs. Elle peut être intense, faible ou négative. Chez le normal, elle apparaît vers 13-14 ans,

persiste pendant la période d'activité sexuelle et disparaît progressivement avec la vieillesse.

La réaction précise l'état fonctionnel des glandes génitales du sujet. Chez les déments précoce anciens, le nombre des réactions négatives (anergie) est beaucoup plus grand que chez les normaux du même âge. Dans la maniaque dépressive, la réaction est dans l'ensemble légèrement au-dessous de la normale. La réaction forte prévaut dans l'état maniaque. Dans la P.G. et l'encéphalite léthargique, l'affaiblissement de la réaction est proportionné à la gravité des troubles mentaux.

L'affaiblissement de la cuti-réaction chez les aliénés tient à une anergie génitale d'origine nerveuse centrale.

GUIRAUD.

Exploration des fonctions hépatiques chez les confus et les déments précoce, par S. GULLOTA (*Riv. di patol. nerv. e ment.*, 1930, vol. XXXIV, fasc. 6, p. 852-878).

La fonction antitoxique a été examinée par l'épreuve du rose bengale et par la recherche dans le sang et l'urine de substances aromatiques anormales.

Chez 12 confus, l'auteur a constaté dans tous les cas des troubles fonctionnels du foie. Les déments précoce au début ou en exacerbation se comportent comme les confus. Les malades anciens au contraire ont des réactions négatives rose-bengale-aromatémie) et, en outre, de l'hypo-bilirubinémie, de l'uro-bilinurie, et une augmentation de la résistance globulaire.

L'analogie entre la confusion et la démence précoce au début confirme pour cette dernière la genèse toxique entéro-gène soutenue par Buscaino.

GUIRAUD.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique symptomatique comparée de l'épilepsie, par C. RONCATI (*Gior. di psichi. clini.*, 1930, vol. LVIII, fasc. 1 et 2, p. 34-40).

Quinze malades ont été traités alternativement par le luminal, les polybromures, les polybromures associés à l'iode et au luminal, par le luminal et la phénacétine, par

le monobromhydrate d'urotropine, pendant des périodes trimestrielles.

Le luminal est certainement le médicament le plus efficace, mais il n'est pas dépourvu d'inconvénients.

La sensibilité au traitement varie avec chaque malade ; pour certains le luminal est inférieur aux autres médicaments.

La phénacétine associée au luminal exerce un effet synergique certain et permet de diminuer les doses de moitié, mais elle ne peut pas être continuée longtemps.

Le discrédit du traitement bromuré n'est pas entièrement justifié.

GUIRAUD.

Sur les propriétés thérapeutiques des glandes germinatives des vertébrés inférieurs, par le Professeur C. CENI (*Riv. sperim. di Fren.*, 1930, vol. LIV, fas. 1, p. 3-16).

On sait que depuis quelques années Ceni a démontré qu'à certaines époques de l'année les glandes génitales des vertébrés inférieurs (oiseaux, poissons) possèdent deux propriétés biologiques, l'une excitatrice des glandes sexuelles et pinéale, l'autre inhibitrice du groupe antagoniste : surrénales, hypophyse et surtout thyroïde et parathyroïdes. Ces propriétés sont ambivalentes pour les deux sexes.

Ces extraits de glandes administrés par voie entérale ou parentérale exercent dans le syndrome de Basedow une double action ; ils réactivent les fonctions des glandes sexuelles et inhibent celles de la thyroïde.

GUIRAUD.

Nouvelles contributions à la pyrétothérapie chimique dans la P. G. et les autres maladies du névraxie, par P. ARMENISE (*Riv. di Pat. ner. e ment.*, 1930, vol. XXXV, fas. 3, p. 326-349).

L'auteur a traité 12 P. G., 3 syphilitiques cérébraux, 7 schizophréniques par le soufre sublimé huileux selon la méthode de Knud Schröder.

Les résultats ont été : rémission complète chez 6 P. G. et dans un cas de syphilis cérébrale ; amélioration légère dans 5 cas.

Il a observé avec le même traitement une action thérapeutique (très modeste d'ailleurs) dans quelques cas de démence précoce.

GUIRAUD.

Le traitement des maladies mentales par l'insuline, par C.-E.

ROBERTI (Rasseg. di stud. psich., 1930, vol. XIX, f. 4, p. 628-637).

L'auteur a expérimenté le traitement insulinique dans différentes maladies mentales à la dose de 10 à 30 unités cliniques par jour.

Dans certains états délirants symptomatiques, cette cure a donné d'excellents résultats, dans les syndromes confusionnels (début de la convalescence), elle a accéléré la reconstitution physique et mentale.

Dans la démence précoce et la mélancolie, elle n'a donné aucun résultat appréciable en dehors de l'augmentation de poids.

Dans le parkinsonisme encéphalitique, pas d'amélioration mais intolérance deux fois sur trois. Le troisième malade a été guéri de son impuissance sexuelle, mais le syndrome neurologique n'a pas été modifié.

GUIRAUD.

Nouvelle méthode d'hyperpyrexie surtout dans les maladies du système nerveux, par B. BERNARDI (Riv. di Pat. ner. e ment., 1930, n° 1, p. 258-269).

L'injection sous-cutanée de chlorhydrate de β Tétrahydro-naphthilamine provoque rapidement de l'hyperthermie, mais seulement quand le sujet est dans une atmosphère assez chaude.

Les expériences ont été d'abord pratiquées sur le lapin par Stern, Citron et Loesche. La température du lapin injecté s'élève rapidement quand il est plongé dans un bain tiède.

Bernardi a expérimenté le même produit sur les aliénés aux doses de 0 gr. 60 à un gramme avec balnéation de 38° à 40°. La température des malades monte jusqu'à 41° et reste élevée pendant un certain nombre d'heures. Si la température extérieure est plutôt froide, on observe un abaissement thermique immédiatement après l'injection.

L'auteur signale que la β Tétrahydronaphtilamine se décompose rapidement dès qu'elle est dissoute. L'injection doit être pratiquée rapidement.

GUIRAUD.

Sur les propriétés thérapeutiques des glandes germinatives des vertébrés inférieurs dans les troubles mentaux, par G. DE NGRIS (*Riv. sper. di Fren.*, 1930, vol. LIV, fas. 2, p. 323-330).

Administrés par voie parentérale, ces extraits glandulaires ont donné de bons résultats dans diverses psychopathies, surtout endogènes (schizophrénie, psychoses dépressives, psychasthénie, neurasthénie). Sur 21 malades traités, 7 ont guéri, 11 ont été très améliorés et 3 n'ont que peu ou pas bénéficié du traitement. Les meilleurs résultats ont été observés dans les formes dépressives de la psychasthénie et des psychonévroses.

GUIRAUD.

Rapidité de sémination des globules rouges et malariathérapie, par M. BENVENUTI (*Riv. sper. di Fren.*, 1930, vol. LIV, fas. 3, p. 512-534).

La vitesse de sémination des globules rouges est augmentée dans la P.G. Ce caractère peut servir de diagnostic avec la syphilis cérébrale.

Au cours de la malariathérapie, l'accélération de la sémination est très considérable. Elle persiste pendant quelque temps après l'interruption des accès.

Il aurait été intéressant de noter le nombre de globules rouges en même temps que la vitesse de sémination. Leur diminution considérable par l'anémie palustre peut expliquer en partie l'accélération de la sémination.

UIRAUD.

Constatations humorales atypiques et considérations sur l'évolution des réactions biologiques des liquides des paralytiques malarisés, par F. CARDILLO (*Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1930, n° 2, p. 10-21).

Chez six P.G. malarisés en 1924 ou 1925, sans aucune amélioration clinique appréciable, les réactions biologiques

du liquide C.-R. sont devenues négatives. L'auteur formule l'hypothèse d'un arrêt du processus inflammatoire. On pourrait parler de paralysies éteintes par analogie avec ce qui se vérifie dans plusieurs cas de tabès.

GUIRAUD.

MÉDECINE LÉGALE

NERIO ROJAS : Situation légale des paralytiques malarisés, 16, 137-146.

Les tribunaux argentins se sont déjà trouvés devant un cas : un P. G. diagnostiqué par plusieurs spécialistes français et argentins fut déclaré judiciairement incapable ; peu après, soumis à la malariathérapie, il eut une « rémission » si franche, que par un nouveau jugement son interdiction fut levée, car les experts — ils n'étaient pas spécialistes — le trouvèrent psychiquement normal, bien que quelques réactions du liquide rachidien continuassent à être positives.

Anatomiquement Nissl a distingué dans la P. G. les processus « inflammatoires » et les processus « dégénératifs », et à Buenos-Aires, Christofredo Jakob enseigne qu'elle présente trois formes : 1^o encéphalite (prédominance vasculaire plus ou moins aiguë, congestive, inflammatoire) ; 2^o encéphalose (dégénération à base de désintégration cellulaire) ; 3^o encéphalosclérose (atrophie cellulaire maxima, prolifération névroglique, etc.). On comprend qu'aucun traitement ne puisse obtenir une régression à la fin de la 2^e et surtout à la 3^e période. Mais une défense spontanée ou provoquée par le paludisme guéri doit être capable de faire disparaître les lésions vasculaires et cellulaires primaires, de type inflammatoire. En fait, la plus grande efficacité de la malariathérapie s'observe dans les formes congestives avec agitation et délire, tandis qu'il y a moins de succès dans les formes simples ou dépressives, qui vont à l'atrophie plus silencieusement.

Cliniquement la démence paralytique n'est pas toujours primitive. On l'affirme en raison de l'euphorie puérile : mais bien des maniaques la présentent aussi ; en raison de la mobilité d'un délire fantastique manifestant l'affaiblissement démentiel du jugement : mais par définition tout aliéné manque de jugement, surtout le délirant systématisé, le moins dément de tous les malades mentaux. Le tableau initial n'est pas celui d'une démence, mais d'un accès maniaque, confusionnel, mélancolique.

L'expert doit décider s'il y a guérison ; un examen physique et humoral prolongé doit être fait par un spécialiste. Dans les affaires pénales il s'agit d'établir un diagnostic rétrospectif : par l'état actuel, le temps écoulé, la forme du délit, etc., on doit parfois admettre la guérison ; alors l'excuse d'aliénation est inapplicable : un malarisé avec succès, mis en liberté, travaille normalement, puis commet un délit sans caractère pathologique et ne présente pas à l'examen de signes de rechute de P. G. — En matière civile, guérison implique capacité complète : alors l'interdiction ne doit pas être prononcée, et si elle l'a été antérieurement elle doit être levée. Ici ce n'est pas le passé qui importe, mais l'avenir ; le sujet peut être soumis à une observation prolongée, par exemple d'un an, avec les mesures transitoires convenables. En matière de mariage et de testament, il suffit d'établir la guérison existante au moment de l'acte.

G. REVault.D'ALLONNES.

O. LOUDET : Anxiété simple, obsessive et délirante chez les condamnés, 17, 261-272.

C'est surtout chez les délinquants accidentels que se rencontre surtout la constitution hyperémotive et sa variété anxieuse. Dupré en a décrit les signes somatiques : tremblements, myoclonies, hyperréflexivité tendineuse, pâleur, rougeur, tachycardie, palpitations, sueurs, larmes, diarrhée, polyurie ; et les signes psychiques : impressionnabilité, inquiétude, énervement, anxiété, irritabilité, impulsivité. Des états anxieux morbides (avec tendance suicide) s'observent chez les condamnés en trois circonstances : 1^o lors de l'incarcération ; 2^o aux anniversaires de la condamnation ; 3^o dans les semaines précédant la libération. — L'anxieux doit être transféré à l'hôpital pénitentiaire, où il ne se sentira plus puni mais malade. Lors de l'incarcération il faudrait supprimer la cellule initiale et envoyer immédiatement le prisonnier à l'atelier ou à l'école pénitentiaire. Les épisodes obsessifs ou mélancoliques réclament le traitement dans l'annexe psychiatrique. Enfin la prophylaxie aux approches de la libération demande un régime de relative liberté et tolérance dans la prison préparatoire à la vie libre. Le système pénitentiaire irlandais comporte sagement des degrés successifs de conquête de la liberté.

G. REVault D'ALLONNES.

O. LOUDET : *Constitution paranoïaque et criminalité*, 16, 129-137.

C'est la constitution perverse, pure ou associée, qui prédomine chez les délinquants ; le second rang appartient à la constitution paranoïaque. Elle met le sujet en perpétuel conflit avec le milieu social. Elle est caractérisée par une tétrade symptomatique : orgueil et susceptibilité, jugement paralogique, méfiance et soupçon, inadaptabilité. Le terrain paranoïaque favorise la haine et la vengeance ; une offense minime, une plaisanterie, une légère injustice donnent lieu à des représailles disproportionnées, soit sous forme d'un éclat inattendu, soit sous forme de froide préméditation. Le petit paranoïaque pur avec sens moral intact peut plus tard reconnaître son erreur et avoir des remords : tel n'est pas le cas des paranoïques pervers. En prison, les condamnés paranoïaques sont inadaptables au régime et en perpétuel conflit avec les autorités ; ils sont accablés de punitions disciplinaires pour désobéissance, manque de respect, insolence, injures et insubordination. L'inadaptabilité apparaît à l'atelier et à l'école pénitentiaire : camarades, gardiens, chefs, maîtres sont considérés comme hostiles ; la moindre critique est une allusion blessante, la tâche est humiliante. Cela se termine par le pavillon d'isolement. Suivent trois observations : paranoïa pure, — pure avec grande pénétration, — paranoïa avec perversion.

G. REVault D'ALLONNES.

O. LOUDET : *Sursimulation de la folie chez une aliénée délinquante*, 17, 3-12.

Femme argentine, couturière, 32 ans, paranoïaque, mythomane. Elle a conçu un système délirant immuable, pur de tout trouble sensoriel, laissant intacte la lucidité et l'ordre de la pensée et de la volonté. Au coin de la rue habite un homme sympathique, vigoureux, travailleur et honnête, un boucher. Elle a « compris » qu'il l'aime, mais qu'il ne veut pas l'épouser. Il cherche à la « fulminer » avec son regard ; il a formé un complot contre sa vertu avec tous les voisins ; les enfants du quartier couvrent les murs d'inscriptions qui la calomnient. Elle s'empare du revolver de son frère, se met aux aguets dans une rue où elle sait que le boucher va passer, et le blesse à mort. — Internée à l'hôpital d'aliénées, elle est tranquille, silencieuse, correcte, affable, sans

remords. Un mois après, ayant été en contact avec des hallucinées, elle simule des hallucinations visuelles, « la nuit elle voit sa victime et ses voisins ». L'année suivante, se conduisant bien et travaillant dans le pavillon, elle feint l'amnésie ; elle nie avoir commis un homicide et avoir connu sa victime. « On l'a internée avec raison parce qu'elle était folle et pour la guérir. » Deux ans après le crime, l'auteur la démasque par un stratagème. Il la présente à un auditoire, déclare qu'elle ne se rappelle pas les faits et les expose en les altérant : « elle a mutilé le visage de la victime avec un couteau après l'avoir frappé de quatre balles » ; elle se lève indignée : « Ce n'est pas vrai ! ce n'est pas vrai ! je lui ai tiré les balles et c'est tout !... » — Elle a sursimulé, parce que, méconnaissant son véritable état mental, elle ne méconnaissait pas la gravité du fait et craignait la répression pénale.

G. REVault D'ALLONNES.

VARIÉTÉS

LES ÉCOLES DÉPARTEMENTALES D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Le Ministre de la Santé publique vient de faire signer par M. le Président de la République le décret ci-après relatif au diplôme d'Etat dont la préparation est organisée.

EXTRAIT DU « JOURNAL OFFICIEL » DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
(10 mai 1930, page 5.222)

Diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière des Asiles d'Aliénés

RAPPORT

AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 15 avril 1930.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Le décret du 23 décembre 1927 autorise la préfecture de la Seine à préparer à l'examen d'infirmiers et infirmières professionnels le personnel hospitalier appartenant à ses cadres permanents au moyen d'un enseignement théorique s'étendant sur une année d'études suivi de quatre années de stages pratiques. Après quoi un examen final passé devant un jury d'Etat conférera le diplôme d'Etat.

L'article 2 du décret précise qu'un examen théorique éliminatoire sanctionne l'année d'études théoriques et que cet examen sera subi devant un jury d'Etat nommé à cet effet.

Le 27 février 1929, un arrêté de M. le Préfet de la Seine réglementait le nouvel enseignement conformément aux dispositions du décret du 25 décembre 1929 et, pour la première fois, à la fin de l'année scolaire 1928-1929, l'examen théorique était subi devant un jury d'Etat nommé à cet effet.

Jusque-là, les élèves ne pouvaient se présenter devant un jury d'Etat, l'enseignement nouveau n'ayant pu être organisé.

C'est pourquoi j'ai l'honneur de vous proposer, Monsieur le Président, d'étendre au personnel des cadres permanents de la Préfecture de la Seine jusqu'à la fin de l'année scolaire 1927-1928, l'équivalence du diplôme d'Etat déjà accordée à leurs collègues jusqu'à la fin de 1924, et vous prie de bien vouloir revêtir de votre signature le décret ci-joint modifiant dans ce sens le décret du 25 décembre 1927.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mon respectueux dévouement.

*Le Ministre de la santé publique,
Désiré FERRY.*

**

Le Président de la République Française,

Vu le décret du 27 juin 1927, modifié par les décrets des 19 février 1923, 18 juillet 1924, 25 novembre 1925 et 9 mai 1926 ;

Vu le décret du 25 décembre 1927 et vu les délibérations du conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières en date du 25 mars, du 25 novembre 1929 et du 28 février 1930 ;

Sur le rapport du Ministre de la santé publique,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Le diplôme d'Etat d'infirmiers et infirmières professionnels sera accordé, par arrêté, sur proposition de l'administration préfectorale, aux agents du cadre permanent ayant obtenu le diplôme des écoles départementales jusqu'à la fin de l'année scolaire 1927-1928.

ART. 2. — Le ministre de la santé publique est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 15 avril 1930,

Gaston DOUMERGUE.

Par le Président de la République :
Le ministre de la santé publique,
Désiré FERRY.

A ce propos, nous nous faisons un plaisir d'insérer les lignes suivantes que nous adresse notre collègue Paul Courbon :

Une vocation laïque d'infirmière

L'application de la règle sur la limite d'âge à 60 ans au personnel secondaire des Asiles de la Seine a, le 31 mars dernier, mis un terme à une modeste carrière d'infirmière qui, par la dignité et la perfection avec laquelle elle fut remplie, mérite d'être signalée en exemple.

Mlle H. Leygonie, surveillante générale de la section des femmes de Vaucluse a été mise à la retraite en pleine activité, après 41 ans de services tous passés dans le même asile, où elle entra, avec ses 2 sœurs, de son plein gré, à 19 ans, bien que l'excellence d'une éducation reçue dans sa famille à Ayen (Corrèze), et la solidité d'une instruction garantie par l'obtention du brevet élémentaire, eussent légitimé pour elle de bien plus ambitieuses prétentions.

Pour ses malades, elle eut le dévouement d'une sœur de charité pendant toute la durée de leur hospitalisation, et la sollicitude d'une mère, après leur retour à la liberté, correspondant avec elles, les visitant, les hébergeant, leur prodiguant secours matériels et moraux.

Pour les familles de ses malades, elle fut la plus consolatrice des amies, séchant leurs larmes au parloir et leur donnant la certitude que l'être aimé et privé de raison qu'elles laissaient entre ses mains y était plus en sécurité qu'entre les leurs. C'est ainsi qu'elle s'est acquis de fidèles reconnaissances dans tous les milieux sociaux.

Pour les infirmières, aussi bien quand elle était la plus jeune des suppléantes que quand elle fut devenue leur supérieure, elle eut la fraternelle bienveillance et la douce autorité d'une sœur ainée. Sa justice et son tact, en suscitant le zèle, prévinrent toujours l'indiscipline.

Pour ses chefs, elle a été une collaboratrice incomparable, par l'intelligence avec laquelle elle comprenait leurs prescriptions et par l'art avec lequel elle les exécutait. Dans les notes qu'elle prit pendant le premier internement d'une aliénée, remontant à plus de 30 ans, j'ai trouvé les éléments d'un diagnostic qui ne se confirma que beaucoup plus tard. Il s'agissait d'une persécutée que ses réticences devant des psychiatres éminents, dont un professeur de clinique que je révere comme un maître, avaient fait prendre pour une déprimée hypochondriaque.

Le nom de Mlle Leygonie serait voué à la même gloire que celui de Pussin, si elle avait eu pour chef un Pinel. Plus humble et plus conforme à ses goûts aura été sa destinée,

puiqu'elle prouve avec évidence que, parfois, l'ambition de soigner les malades sans entrer en religion, fut une vocation laïque. Le salaire qu'offrait alors l'administration à ses infirmières était de 25 francs, sans retraite assurée. Or ce salaire, égal à celui de la domestique la plus illettrée et la plus ignorante de tout métier, était le traitement dont se contentait une jeune fille douée comme l'on sait et possédant un brevet dont le prestige était supérieur à celui du baccalauréat d'aujourd'hui.

Si la même disproportion existait entre les exigences et les capacités des candidats infirmiers de l'heure actuelle, il y aurait lieu de se féliciter de l'avenir de l'assistance psychiatrique.

Paul COURBON.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Ministère de la Santé publique sera transféré, avec toutes ses directions, 7, rue de Tilsitt, dans l'immeuble où siégeait la Commission des réparations.

Vacance de poste

Un poste de Médecin-chef est actuellement vacant à l'Asile de Maréville, par suite du décès du titulaire. (*J. Officiel*, 10 mai 1930).

Création d'un centre de malariathérapie à l'hôpital Cochin

Sur un rapport de M. Gaston Pinot, au nom de la 5^e Commission, le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu :

« 1^o D'approuver le projet d'aménagement d'un centre de malariathérapie à l'hôpital Cochin ;

« 2^o D'imputer la dépense, évaluée à 188.000 fr., jusqu'à concurrence de 180.000 fr., sur le crédit mis à la disposition de l'Administration de l'Assistance publique par le ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et pour le surplus, soit 8.000 fr., sur le budget de ladite Administration, sous-chapitre 9, article 7 ; les frais de fonctionnement devant être imputés pour une part sur un crédit alloué par ledit ministère et pour le surplus sur l'ensemble des crédits de l'Assistance publique sauf, en cas d'insuffisance de ceux-ci, à prévoir le crédit supplémentaire aux chapitres additionnels. »

Quartier d'aliénés annexé aux hospices de Rouen

Dans le projet de reconstruction des hospices de Rouen est prévu un bâtiment spécial pour aliénés destiné à « recevoir, d'une manière générale, tous les agités ».

Le régime sec aux Etats-Unis

Quelques documents relatifs aux résultats de la prohibition en Amérique du Nord :

Déclaration du Dr Ranling, directeur du département de la Santé de l'Etat de l'Illinois :

« L'alcool a tué plus de gens en Illinois l'année dernière (1928), que la fièvre typhoïde, la fièvre scarlatine, la variole, la méningite, la rougeole et la paralysie infantile réunies. Les 1.140 morts de l'année 1928, dues à l'alcoolisme et à la cirrhose du foie, sont en augmentation de 56 0/0 sur les 731 morts de l'année 1919, qui a suivi la prohibition, et sont le chiffre le plus élevé qu'on ait enregistré jusqu'ici. »

Chiffres officiels comparatifs des quantités d'alcool saisies, en 1920 (deuxième année de la prohibition), et en 1928 :

	1920	1928
Gallons d'alcool saisis	15.416	32.474.234
Alambics saisis	15.000	261.000
Gallons de bière saisis	1.530.000	3.200.000

Proportion des cas d'alcoolisme soignés dans les hôpitaux de New-York : en 1920 : 5,89 pour 1.000 ; en 1928 : 18,49 pour 1.000.

Morts par alcoolisme : en 1920 : 1,74 pour 1.000 ; en 1928 : 13,62 pour 1.000.

Arrestations pour ivresse : en 1920 : 279.939 ; en 1928 : 668.324.

Concours Médical, 7 mai 1930.

La « Metropolitan Life Insurance Cy », a dressé des statistiques concernant ses assurés, sur les effets de l'alcoolisme aux Etats-Unis et au Canada.

Il est d'autant plus intéressant d'en relever les résultats que cette statistique porte sur des éléments triés avec grand

soin par un personnel médical apte à écarter les sujets tarés, et particulièrement intéressé à les déceler.

Le relevé porte sur 19.000.000 d'assurés, par conséquent sur un groupe suffisamment élevé pour que joue la loi des grands nombres. En 1929, les décès dus à l'alcoolisme ont été près de six fois plus élevés aux Etats-Unis que durant l'année qui a suivi la mise en vigueur de la prohibition. Au Canada le taux est comparativement infime, en particulier dans la province de Québec, où la « Metropolitan » compte quelque 600.000 polices dites « industrielles », détenues par la classe ouvrière. La compagnie estime que dans la classe des salariés le taux de mortalité pour alcoolisme est six fois plus grand aux Etats-Unis qu'au Canada.

NÉCROLOGIES

Docteur LALANNE

Nous avons appris avec beaucoup de peine le décès de M. Lalanne, médecin en chef de l'Asile de Maréville, Président de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés, mort prématurément le 5 mai.

Nous adressons à sa famille l'hommage de notre profonde sympathie et nous reproduisons ci-dessous le discours prononcé aux obsèques de notre très regretté collègue et ami par M. le Professeur Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

L'éminent maître de la Faculté de médecine de Nancy rappelle comment les nombreux titres et travaux scientifiques du Dr Lalanne, les, hautes distinctions qui lui avaient été accordées, les importantes missions sur l'assistance des aliénés qui lui avaient été confiées, notamment en Espagne, au Portugal, en Autriche et en Russie, l'avaient désigné aux suffrages des maîtres du corps enseignant qui, le 28 octobre 1922, le choisirent, à l'unanimité, comme successeur de M. le Dr Paris, à la chaire clinique des maladies mentales.

« Je soulignerai seulement à cet égard, dit le doyen Spillmann, le couronnement de sa belle carrière, sa brillante présidence au 33^e congrès des médecins et neurologistes tenu, il y a un an à peine, à Barcelone. Il fut un des premiers à participer à nos journées médicales. Tous les médecins de la région gardent le souvenir de cette admirable présentation

de malades qu'il avait magistralement organisée au cours de l'été 1928. Il avait su maintenir la tradition et suivre la voie si bien tracée par son distingué prédécesseur. Nos étudiants prenaient plaisir à suivre ses cours si attachants et il avait su réaliser étroitement l'union entre les médecins des asiles et l'Université à laquelle il était fier d'appartenir.

« Son enseignement avait surtout pour but de préparer le médecin praticien dans l'intérêt du malade et de la société. N'est-ce pas lui rendre un émouvant hommage que de rappeler ici le jugement porté par un de ses élèves : « Son idée directrice n'était que le reflet de ses qualités maîtresses : bonté, générosité, charité. »

Il était le collègue enjoué et affable, l'ami sincère, toujours prêt à intervenir utilement lorsqu'on faisait appel à sa science et à son dévouement.

« Et M. le doyen Spillmann loue son noble désintéressement, sa haute autorité, son prestige de médecin-chef.

« Un destin cruel n'a pas voulu qu'il puisse assister à la réalisation des beaux projets formés par lui dans l'intérêt des chers malades qui lui étaient confiés.

« Les professeurs et les agrégés de la Faculté de médecine le considéraient comme un des leurs, et c'est pour honorer sa mémoire qu'ils ont tenu, avec une touchante unanimité, à l'accompagner au champ du grand repos, choisi par lui depuis bien longtemps déjà, pour ne pas quitter, à la fin d'une vie si bien remplie, l'asile où il avait cherché, avec tout son cœur et toute son énergie, à soulager misères et infortunes.

« M. le Recteur, empêché au dernier moment d'assister à la cérémonie, m'a chargé de l'associer à l'hommage rendu au maître regretté. Au nom de l'Université, au nom de tous les professeurs, agrégés et chargés de cours de la Faculté de médecine, j'adresse à la famille de M. le docteur Lalanne, l'assurance de notre très vive et très douloureuse sympathie. »

* * *

Docteur Pierre LELONG

C'est avec une profonde stupéfaction que nous avons appris récemment la mort brutale du Docteur Pierre Lelong. Il a été frappé en pleine jeunesse, en pleine activité, au moment même où, après avoir brillamment achevé la période des études et des concours, il allait pouvoir, comme

titulaire d'un service de psychiatrie à Lille, donner toute sa mesure.

Lelong se destinait de longue date à la psychiatrie. Ses dons naturels l'inclinaient vers cette partie de la médecine. Très cultivé, extrêmement fin, ayant le sens et le goût délicat des nuances, des tendances plutôt méditatives, il était fait pour sentir vivement les impressions de la clinique mentale et pour analyser avec tact et sûreté les problèmes complexes de l'exploration psychologique. Outre ces dons naturels si précieux, la présence de son oncle, le Dr Leroy, médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne, devait lui assurer une solide formation médicale et d'emblée une bonne méthode sémiologique.

Evitant le danger d'une spécialisation trop précoce, Lelong avait d'abord fait un excellent externat dans les hôpitaux de Paris (Dr de Massary, professeur agrégé, Laignel-Lavastine, professeur Guillain), s'assimilant tour à tour la clinique médicale, puis la formation neurologique, dont la connaissance est si indispensable au psychiatre. Nommé ensuite interne des Asiles de la Seine, il devait se livrer, dans les divers services où il est passé, à une étude approfondie de toutes les finesse de la clinique psychiatrique. Je le revois encore, il y a quelques années, interne dans le service de son oncle à Maison-Blanche, discutant avec enthousiasme les doctrines psychiatriques nouvelles, et examinant ses malades avec un soin minutieux et un intérêt passionné. Tour à tour, il parcourut divers services de Maison-Blanche, de Ville-Evrard, puis de Ste-Anne, sans oublier l'infirmerie spéciale du dépôt, où, lors d'un stage sous la direction du Docteur de Clémambault, il choisit le sujet de sa thèse. Après ces multiples années d'études cliniques, de méditation scientifique, il passa brillamment le Concours de médecins des Asiles (avec le n° 1) et venait d'être nommé médecin de la maison de santé de Lommelet, à Lille, lorsque, hélas, la mort est venue interrompre une carrière engagée sous les plus favorables auspices.

Mais, déjà, Lelong a laissé, dans de nombreuses publications, des travaux qui perpétueront sa mémoire. Sa thèse sur *le problème des hallucinations* constitue une mise au point des diverses doctrines qui s'affrontent dans l'explication du problème capital des hallucinations, du syndrome d'action extérieure et de l'automatisme mental. On y retrouve les qualités de son esprit : pénétration clinique, profondeur de pensée, subtilité d'analyse, clarté d'exposition. Les bulletins de la Société clinique de Médecine men-

tale et de la Société médico-psychologique comportent de nombreuses études de lui sur les sujets les plus variés de la psychiatrie. Citons notamment ses études sur les hallucinations lilliputaines dans leurs rapports avec les périodes menstruelles, celles sur les démences, avec Leroy et Trénel), sur la démence précoce, dont il a précisé certains signes physiques (avec Leroy, Guiraud), sur la schizophrénie, dont il a analysé très finement l'état mental. Enfin il cherchait à relier la psychiatrie à la médecine générale, comme le montrent ses publications relatives aux troubles mentaux associés ou consécutifs au purpura, aux interventions opératoires, aux traumatismes craniens.

Mais la culture de Lelong débordait largement le terrain médical. Très artiste, remarquable musicien, il ne dédaignait pas à ses heures de cultiver la poésie qu'il goûtait avec une vive sensibilité et un goût raffiné. L'une de ses dernières publications fut une charmante « Note sur la poésie » dans le *Mercure de Flandre*.

D'une haute distinction, d'une courtoisie et d'une bonté toujours en éveil, le Docteur Pierre Lelong n'a laissé que des regrets. Son souvenir ne périra pas. La psychiatrie française perd en lui un de ses plus jeunes et de ses meilleurs artisans.

H. BARUK.



Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 40.524