

Bibliothèque numérique

medic@

Annales médico-psychologiques

*n° 02. - Paris: Masson, 1930.
Cote : 90152, 1930, n° 02*



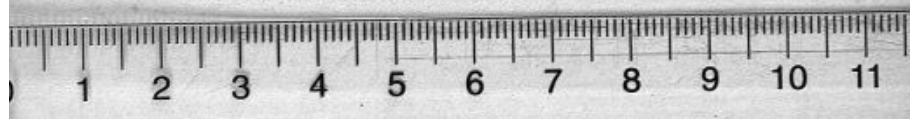
(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1930x02>

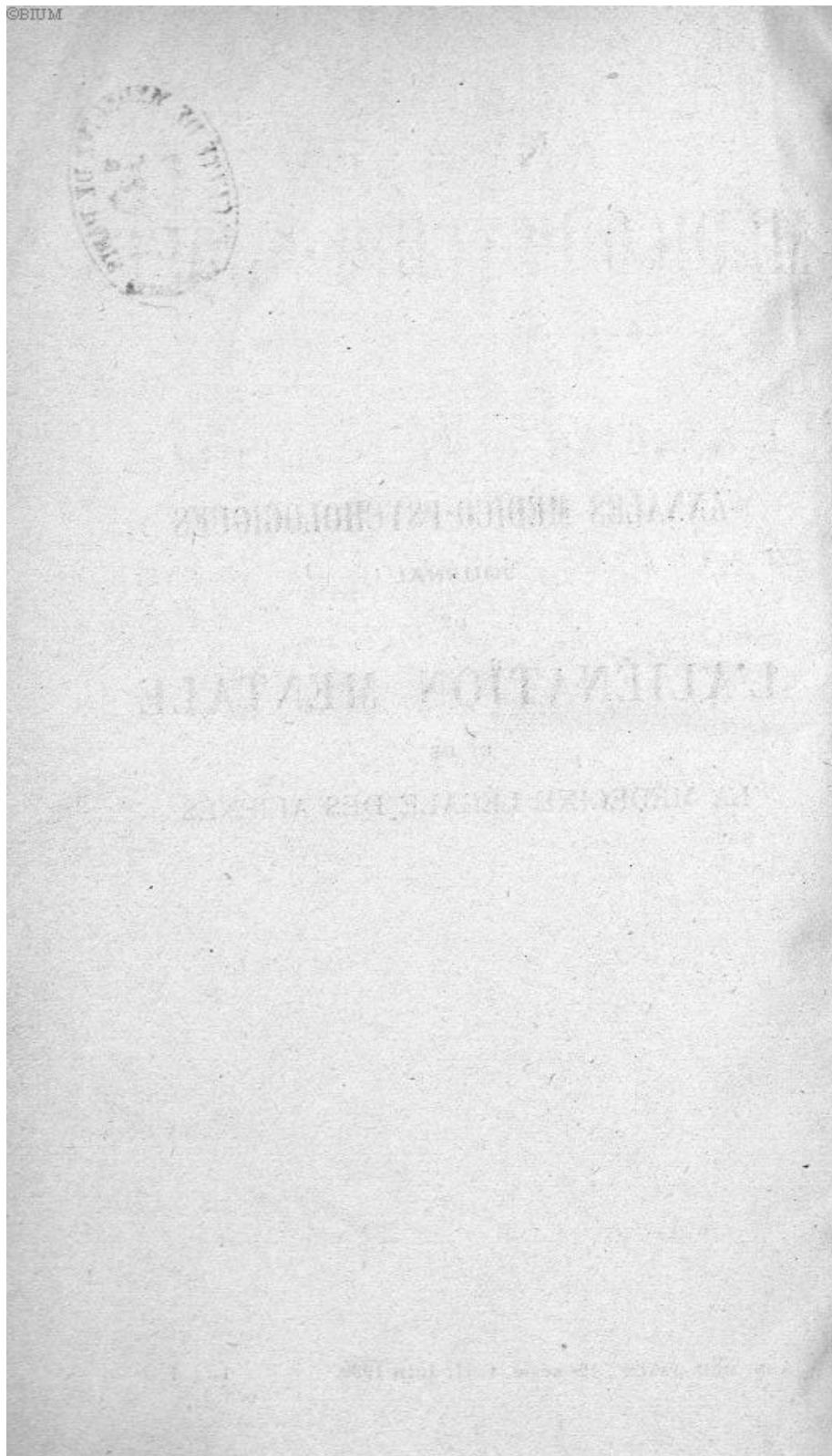


ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Juin 1930.

1. 1





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS À

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET À LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

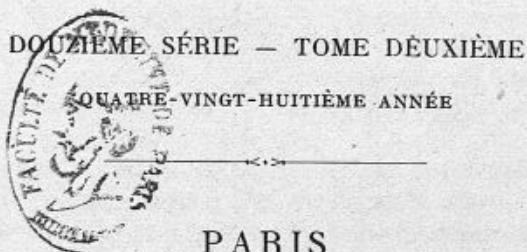
FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

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



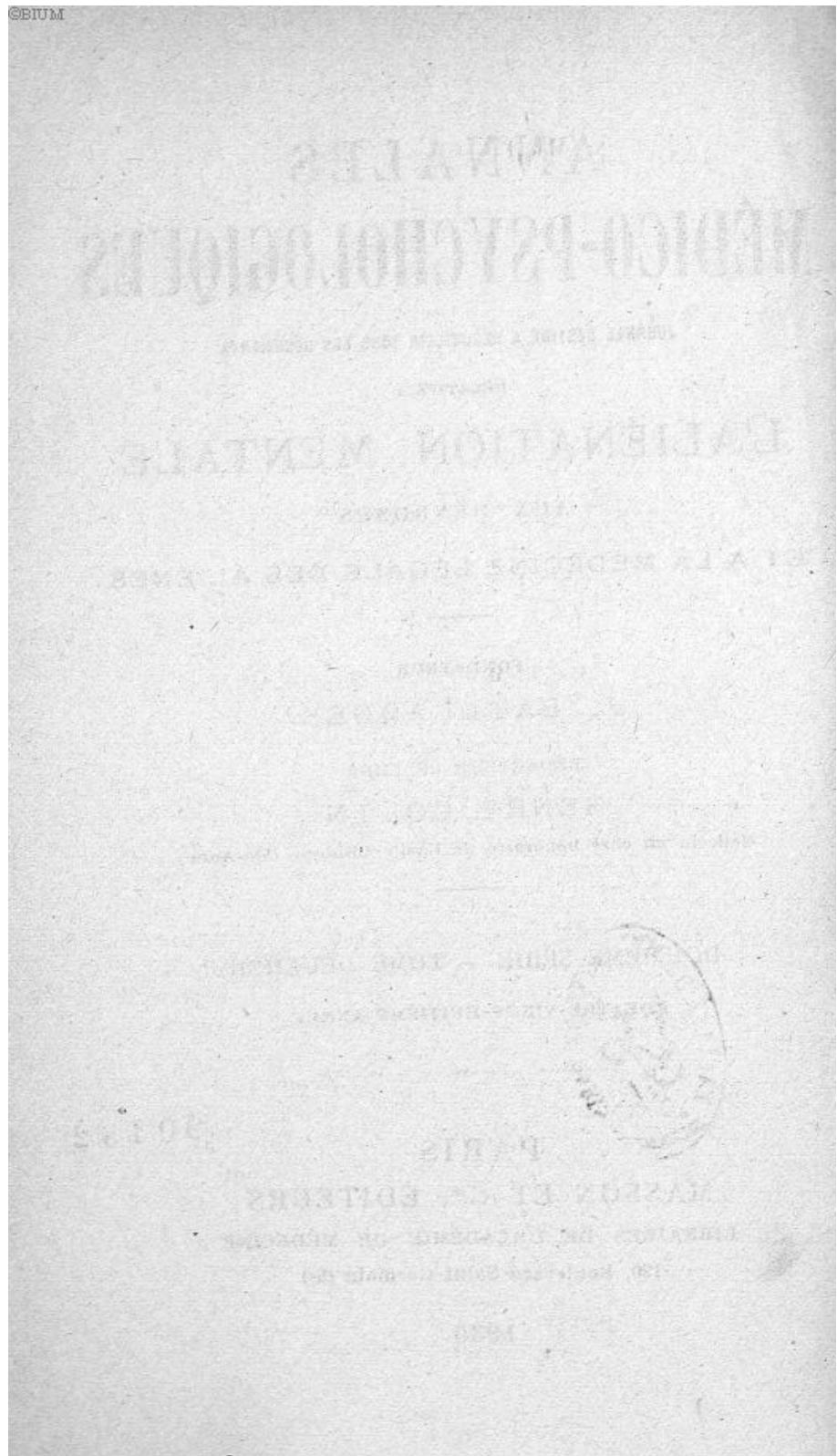
90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, 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

LA DÉMENCE PRÉCOCE SYMPTOMATIQUE D'ENCÉPHALITE

Par L. MARCHAND (1)

Continuant mes recherches sur les formes anatomo-cliniques de la démence précoce hébéphrénique (2), je viens vous soumettre plusieurs cas suivis d'examen microscopique des centres nerveux. Ces cas n'ont trait qu'à la forme encéphalitique, le but de ma communication étant de vous montrer qu'à côté de la forme dégénérative (démence précoce neuro-épithéliale de Klippel et Lhermitte), il existe une forme inflammatoire probablement de nature toxi-infectieuse.

Pour bien établir la forme et la progression des lésions encéphalitiques, j'ai pensé qu'il serait intéressant de vous exposer des observations anatomo-cliniques de déments précoce morts à des stades différents de la maladie et de projeter devant vous quelques microphotographies relatives à chaque cas me proposant de mon-

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique, 26, mai 1930.

(2) Société Médico-Psych., 26 décembre 1927 et 25 mars 1929.

trer les coupes originales à ceux d'entre vous que la question peut intéresser.

J'ai ainsi réuni sept observations. Quelques-unes ont déjà fait l'objet de présentations antérieures, je ne ferai que les résumer. Je vous exposerai les autres plus longuement. Ces observations concernent des sujets qui sont morts onze mois, un an, trois ans, quatre ans, sept ans, onze ans, dix-sept ans, après le début de la démence précoce.

1^{re} OBSERVATION

La durée de l'affection a été de onze mois

Ce cas a été publié en collaboration avec MM. X. Abély et Bauer, le 17 mai 1926, à la Société Clinique de Médecine Mentale. En voici le résumé :

Il s'agit d'un sujet de 20 ans, sans antécédents héréditaires, qui, au régiment, présente des symptômes d'asthénie physique et mentale. Il est hospitalisé dans un hôpital militaire, puis envoyé en congé de convalescence dans sa famille.

A partir de ce moment, il devient distrait, répond à peine quand on lui adresse la parole. Il parle seul, se croit hypnotisé. Il manifeste des idées d'homicide. Ses parents, effrayés, le font entrer au Val-de-Grâce où il ne reste que quelques jours ; il est interné à la Maison de santé de St-Maurice, avec le certificat suivant : « Syndrome psychique, caractérisé par un état dépressif avec fugues, idées de suicide, mimiques stéréotypées, sourires inadéquats, négativisme, indifférence affective, refus partiel des aliments. Hébéphrénie probable. Aucun substratum organique n'est décelable. »

Par la suite, on note une complète indifférence, il donne des réponses à côté ; il présente des impulsions au cours desquelles il cherche à se frapper la tête contre les murs ; souvent il refuse la nourriture. Il présente des stéréotypies multiples. On note un amaigrissement progressif et rapide et le malade meurt par suite d'une cachexie progressive qui semble due tout autant à la maladie cérébrale qu'à une tuberculose pulmonaire encore peu évoluée. L'affection a duré un peu moins d'un an.

L'examen macroscopique de l'encéphale ne décèle rien de particulier.

L'examen anatomo-pathologique nous montre des lésions d'encéphalite qui se cantonnent dans le cortex des lobes frontaux, des régions motrices et dans les noyaux lenticulaires.

Les cellules du cortex sont considérablement atrophiées.

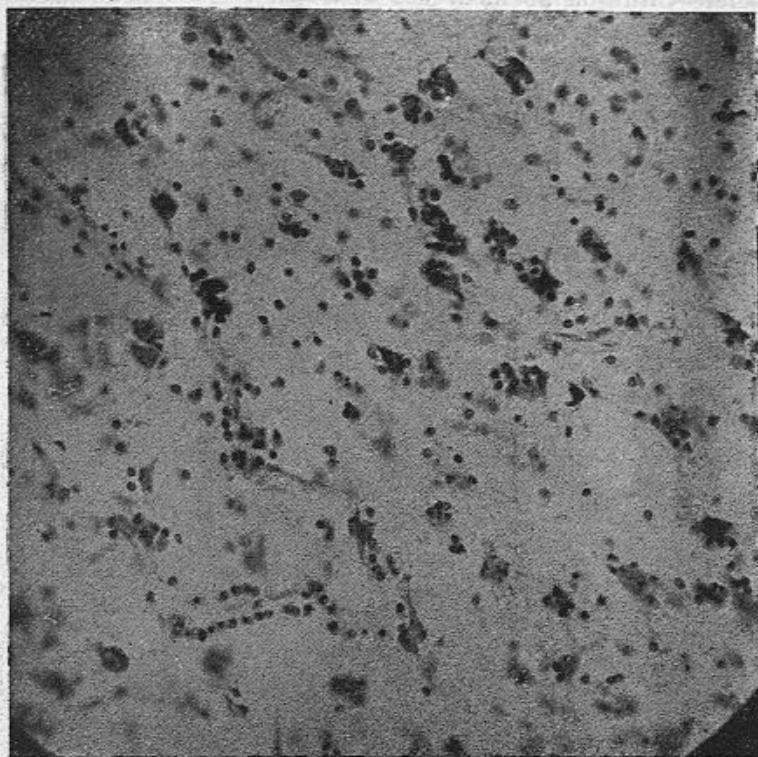


FIG. I. — 2^e frontale gauche (microphoto). Méthode de Nissl.
Satellitose accusée des cellules de la dernière couche corticale
et péricapillarite.

Comme le montrent ces microphotographies, on relève une satellitose accusée des cellules de la dernière couche corticale (fig. I). Périvascularite très intense dans la substance blanche sous-corticale et présence de nombreux nodules inflammatoires (fig. II).

Dans les noyaux gris-centraux, lésions des cellules nerveuses et proliférations considérables des cellules satellites. Pas de lésions vasculaires.

2^e OBSERVATION

La durée de l'affection a été d'un an

L'observation clinique et les résultats anatomo-pathologiques ont été présentés en collaboration avec M. Pactet à la Société Clinique de Médecine Mentale, le 19 mars 1928.

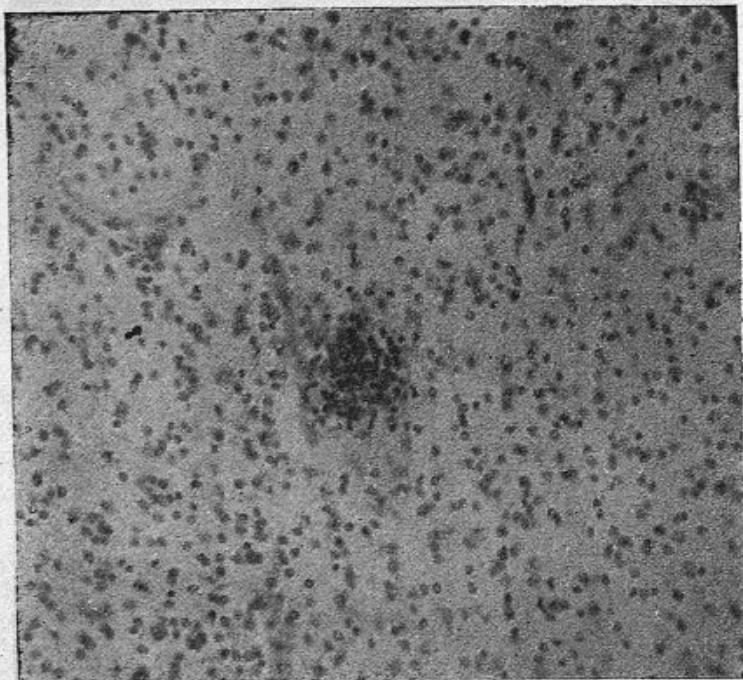


FIG. II. — 2^e frontale gauche (microphoto). Méthode de Nissl.
Un nodule inflammatoire dans la substance blanche sous-corticale.

Un sujet marocain est interné à l'âge de 24 ans. Depuis un an, ses camarades ont remarqué que son caractère était changé ; il fuyait toute société. Quinze jours avant son internement, il a commencé à tenir des propos bizarres, il voyait des choses qui n'existaient pas. Au cours de son travail, il se mit à faire des excentricités et il fut conduit à l'Insfirmerie spéciale du Dépôt. Le certificat du Dr de Clérambault est ainsi conçu : « Psychose atypique...Vraisemblablement démence précoce. Alternatives de torpeur et d'agitation. Anidéisme. Mussitation. Peut-être défilé de visions. Echomimie, échopraxie. Pudicité et cynisme réunis,

suggestibilité, inertie, négativisme. Parfois agressivité soutenue. Sputation. » Le certificat de 24 heures porte : « Démence précoce, opposition. Attitudes cataleptoïdes, cris monotones, raptus impulsifs. » A son entrée à Villejuif, le malade est dans un état d'agitation violente ; il déchire ses vêtements, se livre à des actes sans but, tient des propos incohérents. Il est continuellement menaçant, crache sans

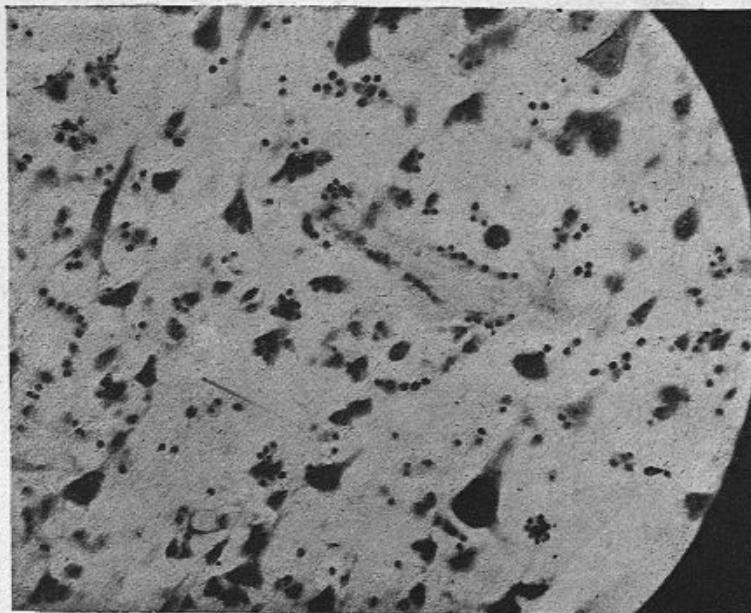


FIG. III. — *Région motrice gauche (microphoto). Méthode de Nissl.*
Satellitose très nette des cellules des couches profondes du cortex.
Diapedèse active. Nodules inflammatoires.

cesse. L'examen du sujet est impossible. Le même état persiste les jours suivants. L'alimentation est particulièrement difficile. Il rejette les liquides. Le faciès est grippé, les lèvres et les narines sont fuligineuses. La peau est chaude, mais en raison de l'état d'agitation on ne peut prendre la température. Quatre jours après son entrée, le malade meurt presque subitement.

A l'autopsie on constate une pneumonie du lobe inférieur du poumon droit. L'encéphale est congestionné.

L'examen histologique des centres nerveux ne montre aucune altération méninée. Dans le cortex, lésions des cellules nerveuses, noyaux et nucléoles sont situés excentriquement dans le corps cellulaire. Autour des cellules des couches profondes du cortex, satellitose très accusée. Diapédèse active autour des capillaires et formation de nom-



FIG. IV. — *Bulbe* (microphoto). *Méthode de Nissl.*
Veinule très dilatée, entourée d'un manchon de cellules embryonnaires,
située dans le noyau postérieur du pneumogastrique.

breux nodules inflammatoires comprenant une dizaine d'éléments. Vous pouvez voir ces diverses lésions sur cette microphotographie (fig. III).

A noter les mêmes lésions cellulaires et une périvascularite plus légère dans les noyaux gris centraux. Dans le bulbe, certains vaisseaux, extrêmement dilatés, sont entourés d'un manchon de cellules embryonnaires. Sur cette microphotographie vous voyez un de ces vaisseaux situés dans le noyau postérieur du pneumogastrique (fig. IV).

3^e OBSERVATION*La durée de l'affection a été de trois ans*

La malade, C..., âgée de 19 ans, entre dans mon service, le 31 juillet 1929.

Cette malade, dont on ne note rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels, a été élevée en Italie par sa grand'mère. Elle n'a jamais été considérée comme très intelligente.

Les troubles mentaux ont commencé à l'âge de 16 ans par de l'apathie, du dégoût de la vie. La malade se plaignit d'abord de violentes céphalalgies ; elle se mettait souvent la tête sous un robinet d'eau pour calmer ses douleurs de tête. Cauchemars fréquents. Elle eut, à cette époque, des crises nerveuses au cours desquelles « elle tombait » ; jamais elle n'a uriné sous elle pendant ces crises ; pas de morsures de la langue ; pas de salivation mousseuse ; elle ne s'est jamais blessée en tombant.

En octobre 1928, sa mère va la chercher en Italie. Sa fille éprouve un choc affectif en la voyant ; elle avait fait, durant la nuit précédent son arrivée, un rêve dans lequel elle avait vu sa mère sous un aspect effrayant. Elle s'approcha de celle-ci avec crainte et eut une crise de tremblement convulsif. Ses règles réapparurent à ce moment, puis elles ne revinrent plus jamais dans la suite.

Pendant son retour d'Italie en France, C... présenta, la nuit, dans le train, un état onirique au cours duquel elle fit une tentative de suicide par défenestration.

Arrivée en France, C... est incapable du moindre travail ; sa mémoire est troublée. Par moments ses propos sont incohérents. Plusieurs fois, elle erre dans la rue comme une folle, dit sa mère. Elle manifeste des idées de persécution, se figure qu'on va la tuer. Puis les troubles mentaux s'aggravent encore. C... se met toute nue, malgré le froid, s'arrache les cheveux, s'agit, grimpe sur les tables.

Elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle en février 1929, où après un séjour de quelques semaines le certificat suivant est rédigé en vue de son internement : « Démence précoce évoluant sur un fond de débilité mentale. Incapacité de travailler depuis un an, perd la mémoire, propos incohérents. Errance, troubles du caractère, idées de persécution avec anxiété. Actes absurdes. Crises convulsives. Inertie. Discorde. Indifférence ; parfois pleure ; gémissements conti-

nus ; propos stéréotypés. Refus d'aliments. Réflexes exagérés ; strabisme, tremblement. Mauvais état physique. »

Une ponction lombaire faite le 20 février donne : tension 49 (en position assise) ; albumine, 0,18 ; Pandy, 0 ; Weichbrodt, 0 ; leuco, 2 ; Benjoin, 00000.01221.00000 ; les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

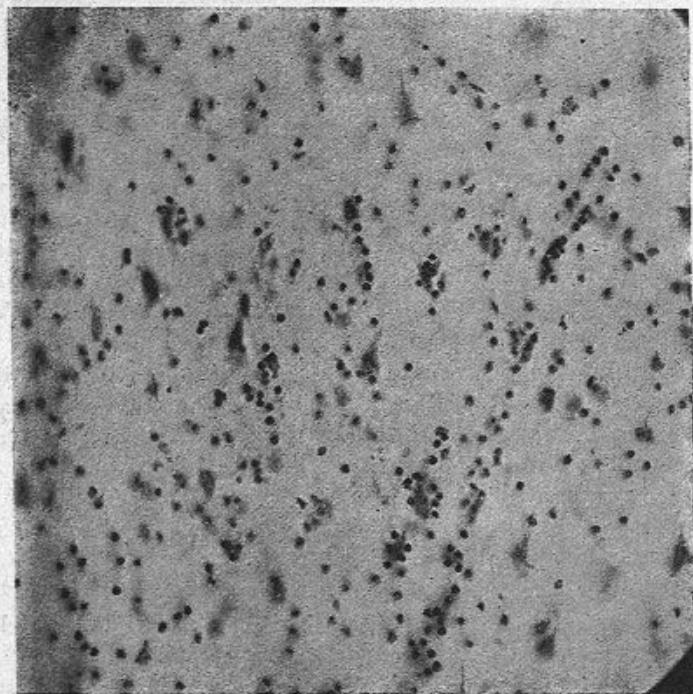


FIG. V. — 2^e frontale droite (microphoto). Méthode de Nissl.
Satellitose des cellules des dernières couches corticales.

L'examen des poumons décèle une respiration voilée et granuleuse aux deux sommets.

Sa mère la reprend ne voulant pas que sa fille soit internée. Aucune amélioration dans la suite. L'agitation augmente. C... entre de nouveau à l'Hôpital Henri-Rousselle le 13 juillet 1929. Elle est transférée à Ste-Anne le 21 juillet avec les certificats suivants :

1^o « Démence précoce. Début des troubles depuis plusieurs mois, incapacité complète à travailler. Troubles du carac-

terre avec idées de persécution asystématiques. Aurait fait une tentative de suicide. Indifférence affective. Récemment épisode aigu avec agitation incoercible, propos sans suite. Fièvre 39°. Mauvais état général. Réflexes exagérés. B.-W. et Meinicke du sang négatifs. »

2^e « Délice aigu évoluant sur un terrain de démence précoce constatée à une précédente entrée. Confusion mentale.

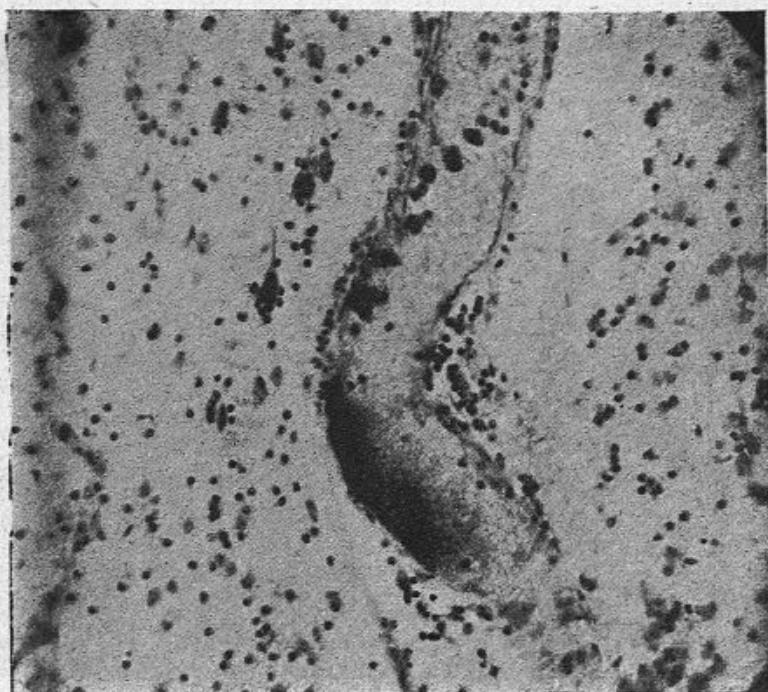


FIG. VI. — 2^e frontale droite (microphoto). Méthode de Nissl. Satellitose des cellules nerveuses de la couche corticale la plus profonde. Veinule dilatée et bordée de cellules embryonnaires se disposant par places en groupes de plusieurs éléments.

Excitation psycho-motrice avec anxiété, cris, supplications incohérentes. Température 39°5. Langue sèche et saburrale. Fuliginosité. »

Elle est transférée à l'asile de Villejuif, le 31 juillet 1929.

Dès son arrivée, C... est très agitée ; elle parle ou chante constamment. Ses propos sont sans suite. Elle fait des grimaces, s'accroche aux personnes qui s'approchent d'elle, se précipite en bas de son lit, rejette loin d'elle sa literie.

Amaigrissement considérable (40 kg.). Gâtisme. La température oscille autour de 39°.

Pas de catatonie. Pas de stéréotypies.

Les réflexes patellaires sont vifs. Pas de troubles des pupilles, pas de paralysie oculaire.

L'auscultation des poumons révèle une respiration rude et des râles sous-crépitants aux deux sommets.

Cet état persiste sans changement les jours suivants, la

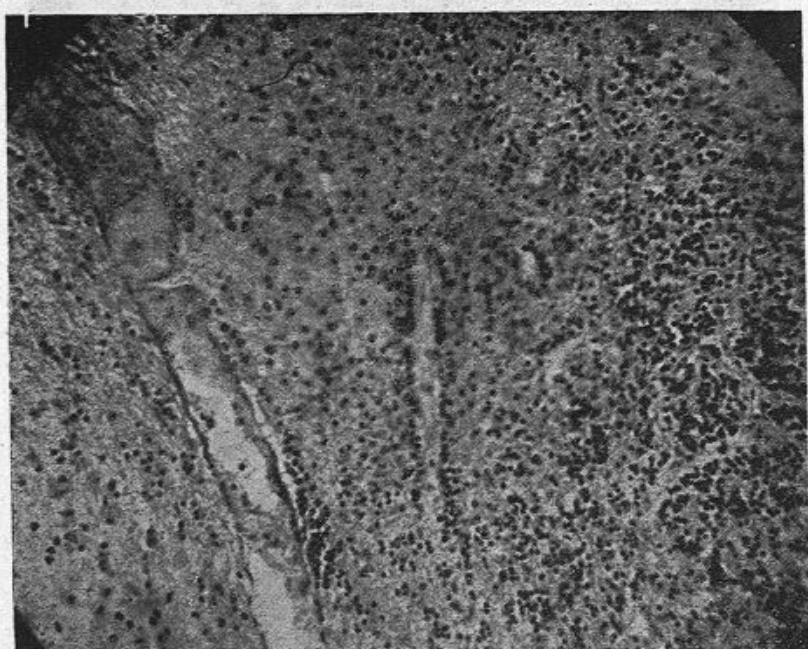


FIG. VII. — *Cervelet* (microphoto). Méthode de Van Gieson.
Foyer d'encéphalite; périvasculaire et infiltration du parenchyme par des cellules embryonnaires.

température oscillant continuellement entre 38° et 39°. La tuberculose pulmonaire fait de rapides progrès et la malade meurt le 14 octobre en pleine agitation.

L'autopsie n'a porté que sur l'encéphale. Le cerveau pèse 1 kilo ; le cervelet et le bulbe 150 gr. On ne note aucune lésion macroscopique.

Examen histologique. — Cerveau : la pie-mère cérébrale ne présente aucune lésion.

Dans les régions frontales, lésions cellulaires accusées ; le corps des cellules pyramidales est rétracté et prend un

aspect trouble par la méthode de Nissl. Noyaux situés excentriquement à contours flous. Les cellules des dernières couches corticales sont entourées de nombreuses cellules rondes (satellitose) (fig. V). Vascularite des vaisseaux situés dans la substance blanche sous-corticale. Les capillaires sont très dilatés et gorgés de sang (fig. VI). Pas de réaction névroglique.

Mêmes lésions dans la pariétale ascendante mais moins accusées.

Dans les noyaux gris centraux, les vaisseaux ne présentent aucune lésion. Les cellules de la couche optique sont très altérées. Dans le *cervelet*, foyers circonscrits d'encéphalite situés dans la substance blanche des circonvolutions ; infiltration intense des parois vasculaires sans réaction névroglique (fig. VII).

On ne note dans le bulbe que des lésions cellulaires sans altération vasculaire.

4^e OBSERVATION

La durée de l'affection a été de quatre ans

Le malade, S..., âgé de 21 ans, entre à l'Asile de Villejuif, le 12 juin 1924.

Son héritérité est chargée. Son père est interné à Ville-Evrard pour psychose périodique. C'est son deuxième accès. Il a toujours fait des excès alcooliques. Mère bien portante. S... a une sœur également bien portante.

S... n'a jamais eu de maladie grave avant son internement. Il est toujours resté, dit sa mère, au-dessous de son âge.

C'est à l'âge de 20 ans, pendant son service militaire, que les troubles mentaux ont débuté ; il fut réformé N° 1 avec 20/0/0, quatre mois avant d'être libéré.

Rentré dans sa famille, il s'est montré incapable de travailler. Ses parents l'ont gardé deux mois en le surveillant jour et nuit. Il parlait de les tuer et, plusieurs fois, il s'est présenté devant sa mère un couteau à la main. Placé à la campagne, il fit des excentricités, se jetait dans la fontaine du village, faisait des menaces aux personnes qu'il rencontrait. Un voisin l'a ramené chez ses parents. Le lendemain de son arrivée, il est sorti pendant la nuit de sa chambre en descendant du 1^{er} étage au moyen d'un drap et a été arrêté.

S... est interné avec le certificat suivant : « Débilité mentale, torpeur psychique. Fugue récente. Déjà recherché en

avril dernier (peut-être même fugue). Sourires inadaptés. Propos dénués de sens : « Je m'instruis toujours en pensant au géant jurassien. » Chants subits, gaité morne. Persévération ; ébauche d'échomimie. Grimaces ironiques : fixation du regard avec dilatation maxima des yeux. »

Pendant son séjour à l'asile, S... a été continuellement

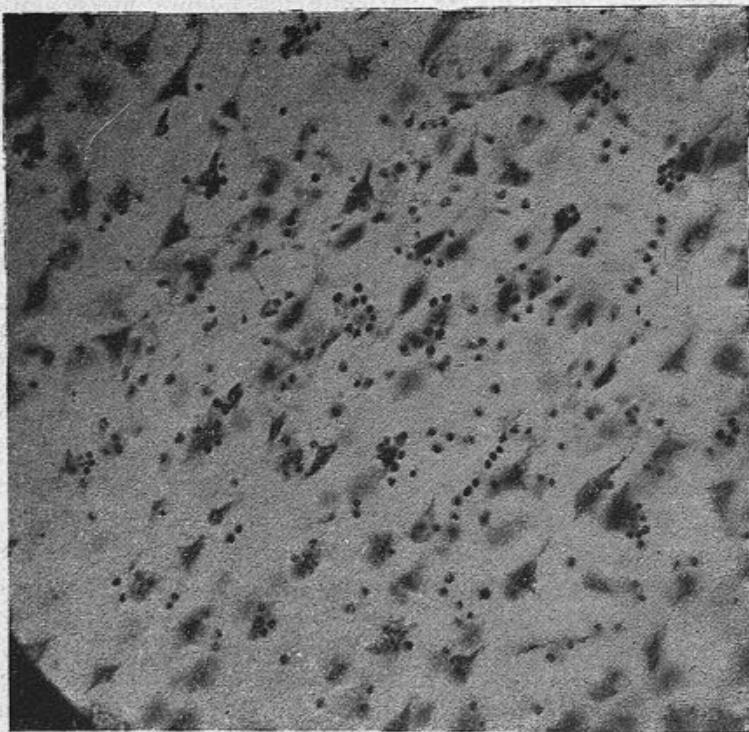


FIG. VIII. — *Région motrice droite (microphoto). Méthode de Nissl.*
Satellitose des cellules nerveuses des dernières couches corticales.
Capillarite et groupements de cellules embryonnaires.

agité, tenant des propos incohérents, poussant des cris, se frappant la tête contre les murs ou le carrelage, déchirant sa literie et ses vêtements. Indifférence affective. Malinterprété, gâtisme. On ne nota aucun trouble pupillaire, aucun signe neurologique. Mort de tuberculose à l'âge de 25 ans après un séjour au lit de quelques mois.

Autopsie. — *Système nerveux* : Cerveau, 1.195 gr. ; cervelet, 155 gr. ; adhérences des lobes frontaux entre eux à leur face interne. Ventricules dilatés ; aspect laiteux de la pie-

mère ; épaississements méningés au niveau des régions motrices.

Organes : Cœur, 255 gr. ; foie, 1.085 gr. ; rate, 75 gr. ; rein droit, 130 gr. ; rein gauche, 155 gr. ; thyroïde, 20 gr. ; pancréas, 65 gr. Le foie est légèrement graisseux. Cavernes à la base du poumon droit.

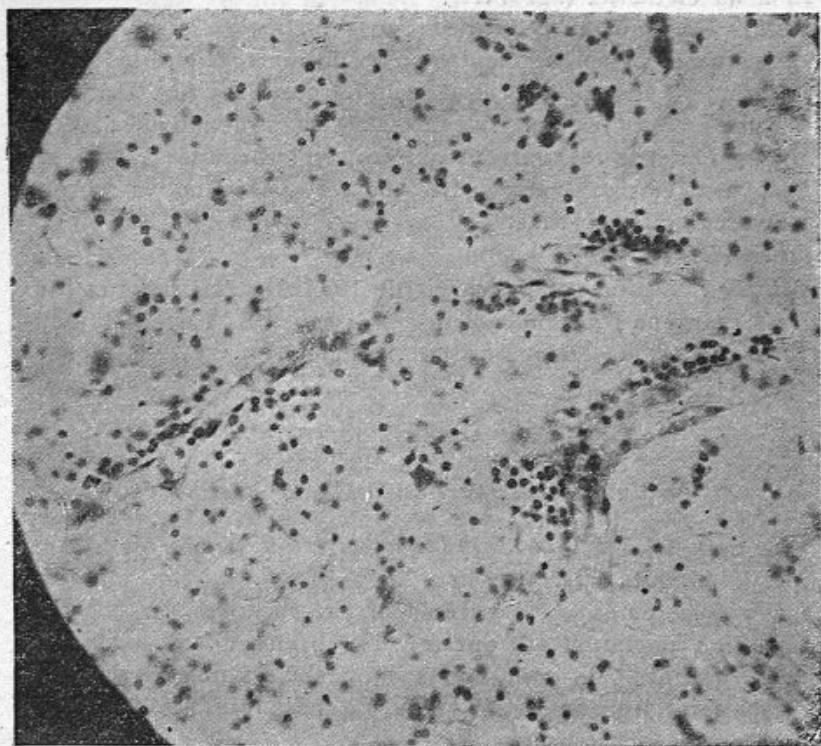


FIG. IX. — *Région motrice droite. Substance blanche sous-corticale (microphoto). Méthode de Nissl.*
Capillaires bordés de nombreux amas de cellules embryonnaires.

Examen histologique. — Encéphale : Méninges : Au niveau des régions motrices, épaississement considérable de la pie-mère qui apparaît formée de couches stratifiées de tissu conjonctif. Légère infiltration des couches les plus internes par des cellules rondes éparses.

Cortex : Lésions atrophiques des cellules pyramidales. Les noyaux restent colorés par la méthode de Nissl. Leurs contours sont flous ; position excentrique dans le corps

cellulaire. Au Bielchowsky, raréfaction des primitives fibrilles.

Dans les lobes frontaux et au niveau des régions motrices, infiltration du cortex par de nombreuses cellules embryonnaires. Satellitose très accusée des cellules des dernières couches du cortex. Les capillaires sont bordés de cellules rondes et celles-ci se disposent par endroits en groupe de 25 à 30 éléments (fig. VIII).

Dans la substance blanche sous-corticale, de nombreux vaisseaux et principalement les capillaires sont entourés irrégulièrement d'amas de cellules embryonnaires (fig. IX).

Toutes ces lésions inflammatoires sont disposées en foyers, mais se rencontrent sur toutes les coupes.

Noyaux gris centraux : Lésions cellulaires nettes ; légère périvasculaire fibreuse.

Cervelet : Aucune lésion.

Bulbe : Lésion considérable des cellules des noyaux des nerfs crâniens ; dégénérescence graisseuse de certaines d'entre elles. Pas de lésions vasculaires.

5^e OBSERVATION

La durée de l'affection a été de sept ans

Le malade, L..., âgé de 18 ans, entre à l'asile de Villejuif, le 5 août 1921.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Ses parents sont bien portants. Ils ont eu 15 enfants dont six sont encore vivants. Six sont morts en bas-âge ; une fausse-couche de deux jumeaux à six mois. Le malade est né trois ans avant cette fausse-couche.

Le développement intellectuel et physique de L... se fit normalement. Il a été à l'école jusqu'à treize ans, mais il n'a pas passé son certificat d'études. Employé ensuite dans une chocolaterie, il a fait quelques excès de boisson ; il prenait tous les jours un litre de vin blanc et un apéritif de temps en temps. Très rangé, on disait de lui : « qu'il se conduisait comme une fille. » A noter toutefois qu'il se masturbait tous les jours.

Le début des troubles mentaux est récent. En mars 1921, changement brusque de caractère. Céphalalgie continue et violente. Il parlait de deux femmes et d'un homme qui le suivaient ; il les voyait partout. Il croyait qu'il avait été endormi. La nuit il se réveillait en sursaut et disait à sa mère : « Maman les voilà. » Il a continué néanmoins à tra-

vailler pendant une quinzaine de jours. Son patron l'aurait d'ailleurs remercié s'il n'avait pas cessé son travail spontanément parce qu'il divaguait, pleurait ou riait aux éclats sans motif. Quelques jours avant son internement, il poussait des cris, se donnait des coups de poing sur les tempes. Il lui est arrivé deux ou trois fois de casser des assiettes parce que, disait-il, on lui « donnait de la nourriture et en même temps on lui défendait de manger ».

Il est placé volontairement, le 3 août 1921, à l'asile Ste-Anne. Le certificat d'entrée est ainsi conçu : « Troubles cérébraux. Il croit que je suis son père et m'embrasse constamment. Il rit sans motif ou pleure ; il pousse des cris. Il voit des ennemis dans le mur qui veulent l'attaquer. Il les menace. Céphalalgie. »

Il est transféré deux jours après à l'asile de Villejuif, avec le certificat suivant : « Dépression mélancolique avec obtusion intellectuelle. Pleurs. Tremblement des mains et de la langue. »

A son entrée, on constate de la confusion dans les idées avec onirisme et idées d'influence. Aspect hébété, déprimé ; L... répond à demi-voix, lentement, après avoir été plusieurs fois sollicité. Il répète les questions avant de répondre. Il ne sait pas où il est ; il se croit chez le docteur de sa famille qui est dans une pièce voisine. Il ne peut dire ni l'année, ni le mois actuels. Tantôt, il se dit malade, tantôt il trouve « qu'il n'a pas grand'chose ». Il a eu le cafard, il a voulu se tuer ; il a essayé avec un rasoir, mais il n'a pas pu s'en servir. Il ne sait pas pourquoi on l'a amené ici. Il était sous l'empire de la volonté d'une femme ; la nuit il ne peut pas dormir. La naïade et C¹e l'empêchent de se reposer. Elle l'a possédé, c'est une saloperie ; c'est une faiseuse d'anges. On voudrait qu'il reconnût l'enfant qu'elle a eu, mais il n'a jamais couché avec elle. La nuit on le tourne, on le gesticule, on lui envoie de mauvaises odeurs, l'odeur de la mélasse ; on ankylose ses jambes et ses doigts ; on lui fait couper la tête ; on le montre du doigt. Il voit des cafards et des reptiles qui rampent sur son lit.

A l'examen physique, on note du tremblement des extrémités et de la langue. Aucun autre signe neurologique. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Tension artérielle : 14-8,5.

Les jours suivants, L... s'agit. Il tient des propos incohérents. Impulsions violentes au cours desquelles il frappe les infirmiers et les autres malades. Attitudes stéréotypées. Négativisme. Gâtisme.

En janvier 1928, adénite cervicale suppurée. Amaigrissement. Le malade meurt le 9 mars 1928 à l'âge de 25 ans, de congestion pulmonaire.

Autopsie. — *Système nerveux* : L'hémisphère droit pèse 550 gr. ; le gauche est du même poids. Le cervelet pèse 160 gr. ; aucune lésion macroscopique, sauf une légère dilatation ventriculaire.

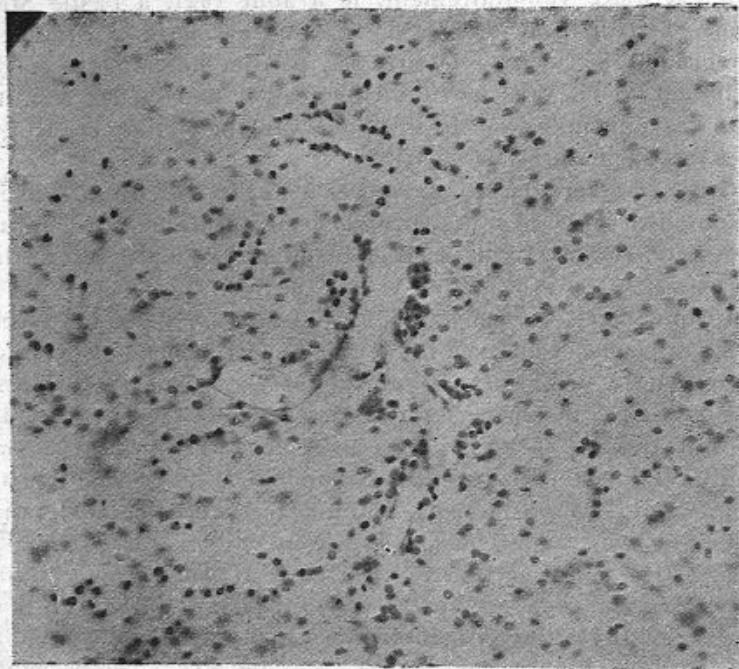


FIG. X. — *Lobe frontal gauche ; région sous-corticale* (microphoto).
Méthode de Nissl.
Capillarite et groupes de cellules embryonnaires.

Organes : Cœur, 185 gr. ; foie, 1.265 gr. ; rate, 180 gr. ; rein droit, 95 gr. ; rein gauche, 115 gr. ; thyroïde, 30 gr. ; pancréas, 40 gr. Aucune lésion macroscopique de ces organes. Congestion à la base des deux poumons.

Examen histologique des centres nerveux. — *Encéphale* : *Méninges* normales.

Cortex : Les lésions sont surtout accusées dans les lobes frontaux. Lésions cellulaires consistant en une coloration pâle du corps cellulaire avec disparition des granulations chromophiles. Les noyaux sont situés excentriquement, sont

irréguliers de forme. Les cellules sont en voie d'atrophie. Satellitose très accusée des cellules des dernières couches du cortex. Les capillaires de la substance blanche sous-corticale sont entourés de cellules embryonnaires se disposant par places en groupes de quinze à vingt éléments. L'ensem-

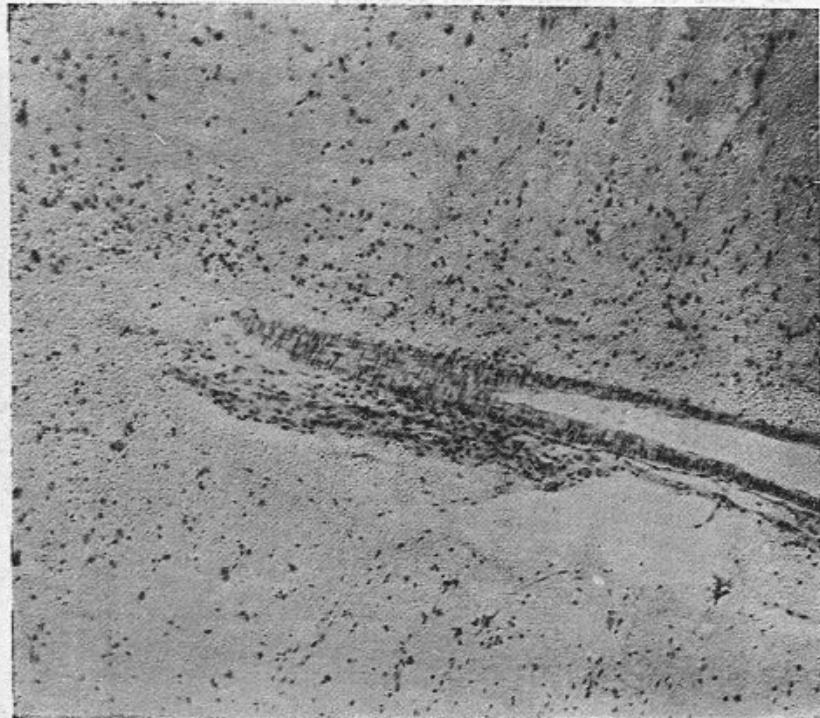


FIG. XI. — *Bulbe* (microphoto). *Méthode de Nissl.*
Artériole avec paroi adventitielle fibreuse et épaissie.

ble de cette périvasculaire donne à un faible grossissant l'impression d'un réseau. Cette lésion se présente sous forme de foyers disséminés séparés par des régions d'aspect plus ou moins normal (fig. X).

Aucune lésion des pédoncules et du cervelet en dehors des lésions cellulaires.

Dans le bulbe, périvasculaire autour de nombreux vaisseaux. Epaississement fibreux de l'adventice de quelques artéries que l'on peut considérer comme les séquelles d'une inflammation ancienne et organisée (fig. XI).

6^e OBSERVATION

La durée de la maladie a été de onze ans

Cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société Clinique de Médecine Mentale, le 18 février 1929. Je ne vous en donnerai qu'un résumé.

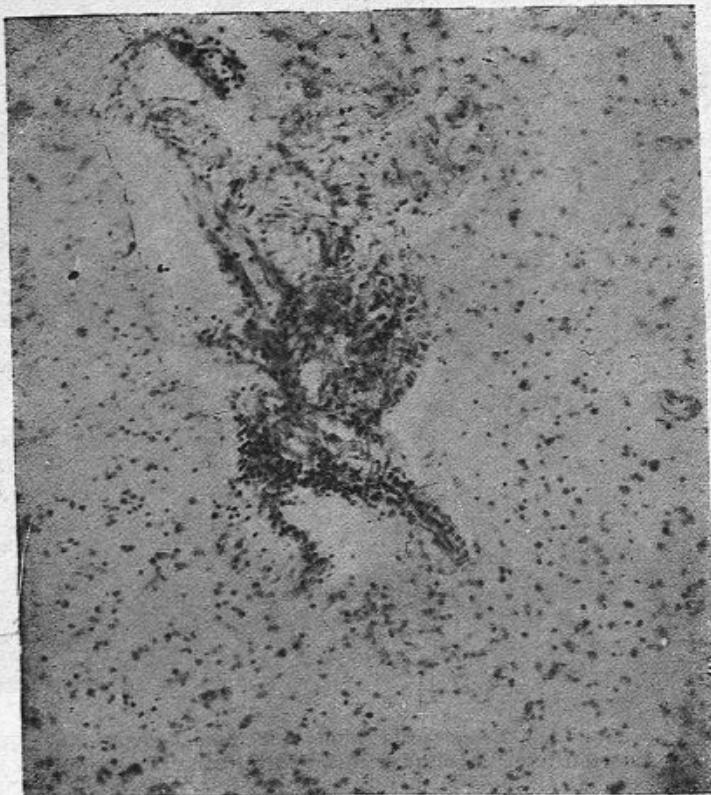


FIG. XII. — *Région motrice droite. Fond de sillon (microphoto).*
Méthode de Nissl.
 Pie-mère infiltrée par des cellules embryonnaires et des macrophages.

Une femme à l'âge de 28 ans, sans antécédents particuliers, présente un état de dépression, d'inertie, d'indifférence. En raison de son état de calme, elle est soignée dans sa famille.

Au cours de cet état chronique apparaît, à l'âge de 36 ans, une phase aiguë de confusion mentale qui nécessite l'inter-

nement. On constate alors un affaiblissement intellectuel considérable, de l'indifférence, de la suggestibilité, des accès de rire sans motif. Cet état, qui évolue sans changement, est entrecoupé de temps en temps par de violentes crises de colère. La malade meurt à l'âge de 39 ans de néphrite chronique.

Aucune lésion macroscopique du cerveau.

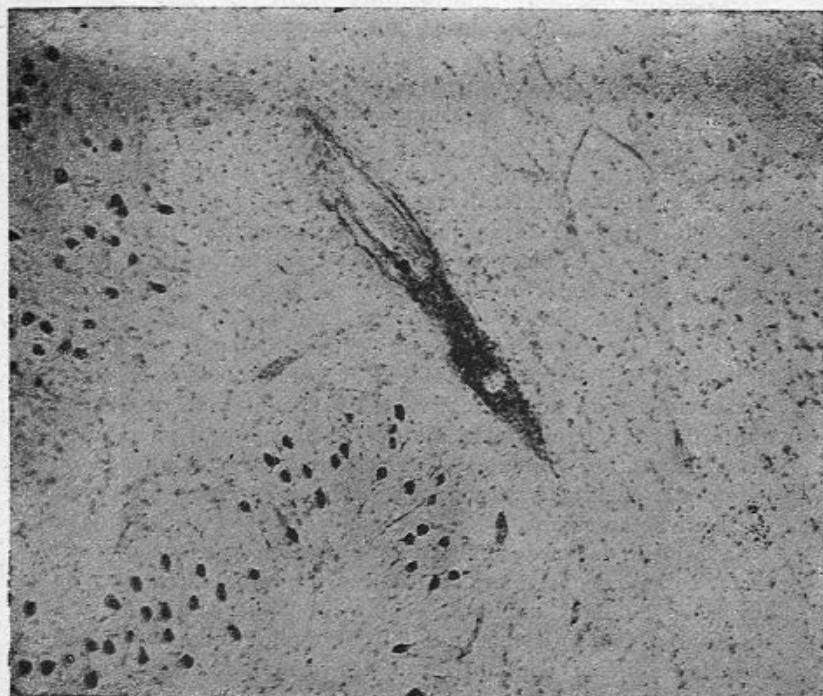


FIG. XIII. — *Bulbe; région olivaire (microphoto). Méthode de Nissl.*
Pérvascularite avec évolution fibreuse de l'adventice.

A l'examen microscopique : pie-mère épaisse, adhérente, infiltrée surtout au fond des sillons par des cellules embryonnaires et des macrophages (fig. XII).

Dans le cortex, lésions cellulaires accusées : satellitose des cellules de la couche profonde. Capillarite. Infiltration de tout le cortex par des cellules embryonnaires. Nodules inflammatoires en voie d'organisation.

Dans le bulbe, méningite subaiguë et périvasculaire avec évolution fibreuse adventitielle (fig. XIII).

Ce cas est particulièrement intéressant. On y peut observer tous les intermédiaires entre les lésions chroniques et les lésions subaiguës.

7^e OBSERVATION

La durée de l'affection a été de dix-sept ans.

La malade R..., âgée de 31 ans, entre à Ste-Anne, le 25 janvier 1912.

Les renseignements fournis alors par la famille sont les suivants : mère morte de grippe à 55 ans. Père bien portant. Un frère chétif.

La malade n'a jamais eu de maladie grave. Elle s'est mariée en 1902 ; elle était âgée de 21 ans ; ménage très uni. En 1905 à l'âge de 24 ans, premier accès mental qui survint au cours des circonstances suivantes : son mari avait eu la grippe ; elle s'était tourmentée et ne dormait plus depuis quelque temps. Elle s'est emparée d'un couteau et a tenté de se suicider en se sectionnant le cou. Son père l'a gardée huit jours et l'état s'est rapidement amélioré dans la suite.

Sept ans plus tard, le 19 mai 1912, son mari est opéré d'une fistule à l'anus et la malade se figure qu'il va mourir. Crise d'agitation violente : Elle se met à crier comme si on l'étouffait, cherche à s'échapper, parle de prendre un revolver pour se suicider.

Sa famille la garde d'abord à la maison pensant que cet accès, comme le premier, se terminerait rapidement par la guérison. Pendant quelques semaines, l'état d'agitation est entrecoupé de rémissions qui durent quelques heures, quelques jours même, pendant lesquelles la malade semble revenir complètement à son état normal.

A la fin de juin 1912, l'agitation augmente. On note des hallucinations auditives ; le gâtisme survient et la malade est internée à Ste-Anne.

Le certificat de 24 heures est ainsi conçu : « Dégénérescence mentale avec illusions, hallucinations et troubles de la sensibilité générale, idées mélancoliques et de persécution ; préoccupations mystiques, anxiété, réticence probable. »

Le certificat de quinzaine porte : « Agitation maniaque, hallucinations multiples, résiste à tout ce qu'on veut lui faire faire, ne peut donner de renseignements ; déjà traitée pour un accès mélancolique avec tentative de suicide en 1905. »

Les notes que nous relevons dans l'observation de la malade sont les suivantes : R... ne répond à aucune question, paraît très confuse. Anxiété. Hallucinations multiples, insomnie, désordre dans les actes, se lève de son lit, résiste à tout. Langue sale. Puis périodes d'agitation violente. Hallucinations, chants, injures, obscénités, gâtsme.

La malade est transférée dans mon service à l'asile de Villejuif le 20 mai 1927, avec le certificat suivant : « Démence précoce avec agitation automatique ; propos incohérents, cris, atrophie musculaire des membres inférieurs. Chronicité. »

On constate alors un profond affaiblissement intellectuel ; la malade dit avoir 39 ans, alors qu'elle en a 45, elle ne peut donner sa date de naissance, croit que nous sommes en janvier 1920 ; elle sait qu'elle vient de l'asile Ste-Anne ; elle donne cependant l'adresse exacte de son domicile qu'elle a quitté depuis 1912. Elle est incapable de résoudre une opération simple.

Réponses incohérentes à la plupart des questions dont voici quelques exemples :

D. — Depuis combien de temps étiez-vous à Ste-Anne ?

R. — Bout de chemin, je n'avais pas de calendrier pour voir.

D. — Qui vous a amenée à Ste-Anne ?

R. — Un monsieur ; j'étais bien à Ste-Anne, mais je me suis coupée.

Puis la malade prononce des mots incompréhensibles ayant l'air de s'adresser à des personnes imaginaires comme si elle avait des voix.

Si on lui touche le bras, elle s'irrite et s'écrie : Vous m'entrez dans le lard et ça me fait mal, puis prononce des propos incohérents.

Invitée à écrire, elle écrit sous dictée correctement : « Je voudrais bien m'en aller », puis elle signe son nom, ajoute 19 ans, juin 1920.

Au point de vue physique, on note une amyotrophie généralisée des membres inférieurs et supérieurs sans contracture ; faiblesse musculaire sans paralysie puisque tous les mouvements peuvent être exécutés. La malade refuse de se tenir sur les jambes et même de faire le moindre effort pour marcher. Membres inférieurs violacés.

Les réflexes patellaires et achilléens sont normaux.

Les pupilles sont égales et réagissent. Aucune paralysie

de la musculature de l'œil. Pas de catatonie. Attitudes stéréotypées.

Cœur normal. Ni sucre, ni albumine dans les urines. W. — dans le sang.

Les jours suivants, la malade nous reçoit par des injures ; ses propos sont incohérents : « Elle a les oreillons, on lui a fait péter le cœur ; ils ont encore truqué... , elle n'a pas été contrôlée ; la concorde fait savoir si c'est un sou ou 25 centimes, etc... »

Nous lui demandons pourquoi elle ne marche pas et elle nous répond : « Je ne marche pas pour recevoir des coups de pied dans le ventre. »

On peut résumer ainsi l'état de cette malade pendant les mois qui ont suivi son entrée à Villejuif : périodes alternatives d'excitation et de dépression de 8 à 10 jours de durée environ.

Pendant la période de dépression, mutisme complet, état de stupeur. On est obligé de la faire manger. Accès de transpiration au cours desquels elle devient rouge ; la sueur perle sur son visage.

Après la période de dépression, pendant quelques jours, lucidité relative. R... se rend compte de son état et pleure. A plusieurs reprises elle manifesta le désir de mourir plutôt que de mener une vie misérable après avoir tant travaillé. Elle se rend compte qu'elle est dans un asile d'aliénés.

Dès qu'apparaît la période d'agitation, R... devient incohérente et grossière. Voici quelques-unes des phrases qu'elle a prononcées spontanément au cours d'une de ces périodes : « Je me suis coupée à la main ; j'étais en train d'écrire sur un registre ; tout d'un coup, le menthol se répand dessus ; c'était une vraie rigole »... « Il ne faut pas regarder le prix d'un col, l'employé vous tombe dessus ; j'ai voulu m'amuser comme au pavillon de l'horloge. » — « Vous avez une jolie pendule ; tous vos cheveux sont coupés. »

R... meurt brusquement le 4 septembre 1929, à l'âge de 48 ans.

Autopsie. — Le cerveau pèse 1010 gr., le cervelet 140 gr. Aspect anfractueux des circonvolutions à la face externe des hémisphères. Pas de dilatation ventriculaire. Pas d'athérome. Cœur, 165 gr. ; foie, 740 gr. ; rate, 115 gr. ; rein droit 120 gr. ; rein gauche 145 gr. Thyroïde 20 gr. ; pancréas 42 gr. Légère congestion à la base des deux poumons. L'examen macroscopique des autres organes ne décèle aucune lésion et on ne trouve pas la cause de la mort subite.

Examen histologique de l'encéphale. — *Méninges* : Infiltration de la pie-mère au fond de quelques sillons des régions motrices (fig. XIV).

Cortex : Lésions cellulaires atrophiques ; corps cellulaires diminués de volume ; prolongements protoplasmiques

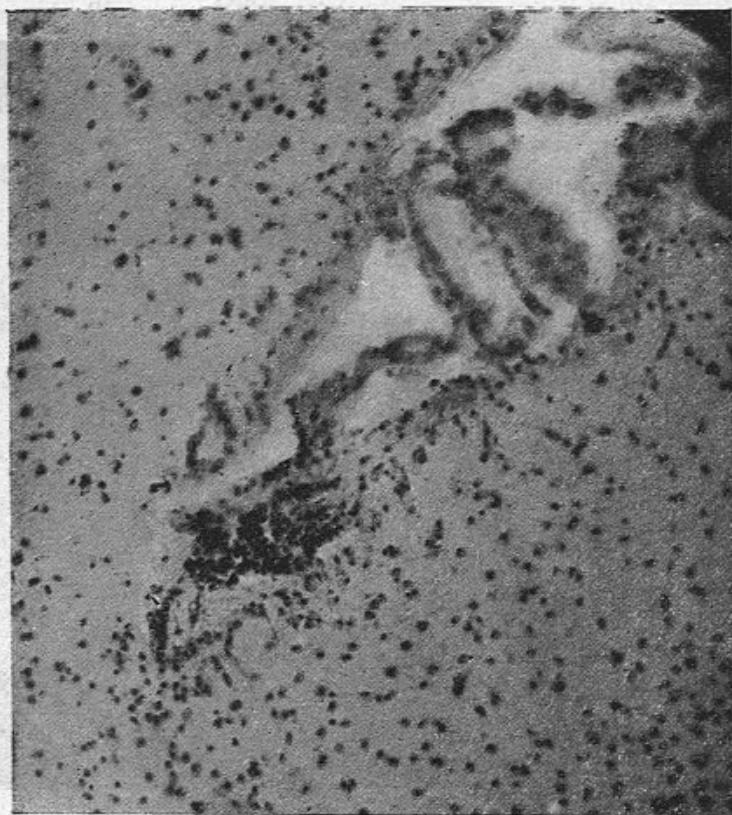


FIG. XIV. — *Région motrice. Fond de sillon (microphoto).*
Méthode de Nissl.
Infiltration de la pie-mère par des cellules embryonnaires.

peu apparents ; noyaux excentriques ; granulations chromophiles conservées en partie.

Dans les lobes frontaux et les régions motrices, satellitose légère autour des cellules de la dernière couche corticale.

Les capillaires situés dans la région sous-corticale sont bordés de nombreuses cellules embryonnaires. Au niveau de certains capillaires, les cellules rondes se disposent par

places en groupes de dix à douze éléments. A la région motrice, de nombreux vaisseaux ont leur gaine adventitielle fortement infiltrée de cellules embryonnaires (fig. XV). Cette lésion se présente irrégulièrement au point que, sur les coupes en série, elle fait défaut sur des régions très voisines de celles les plus touchées.

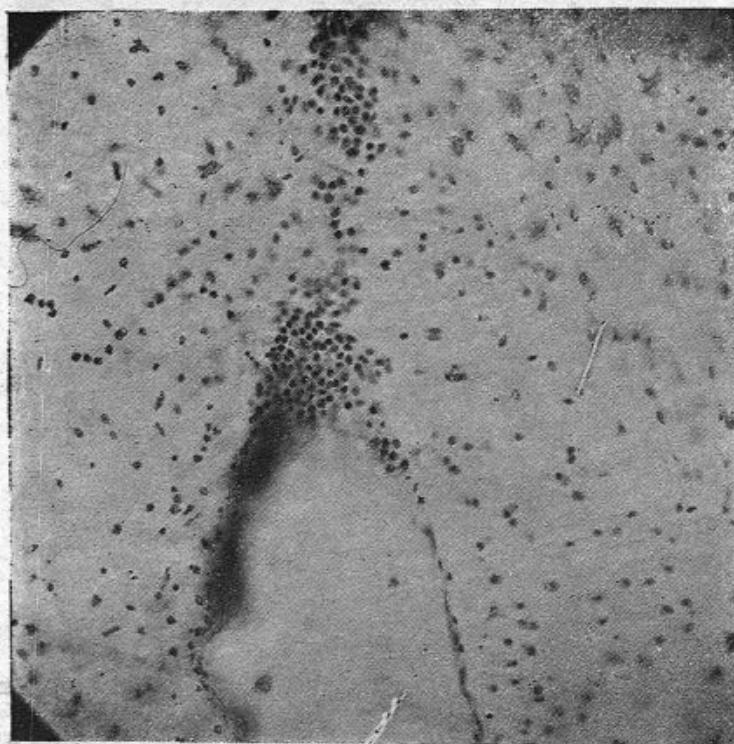


FIG. XV. — *Région motrice; zone sous-corticale (microphoto).*
Méthode de Nissl.
Veine dilatée dont les parois sont infiltrées de cellules embryonnaires.

Noyaux gris centraux : Périvascularite nette autour de quelques vaisseaux de la couche optique. Les cellules du thalamus présentent les mêmes lésions atrophiques que celles du cortex.

Cervelet et pédoncule : Aucune lésion appréciable.

Bulbe : Lésions vasculaires inflammatoires très accusées, intéressant surtout les vaisseaux des régions olivaires. Dans le voisinage même des vaisseaux, présence de nodules infec-

tieux composés de nombreuses cellules embryonnaires aggrégées avec réaction névroglique de voisinage (fig. XVI).

Pour compléter cette étude de cas de démence précoce aux différents stades de leur évolution, je ne ferai que vous rappeler l'observation que j'ai publiée ici même le 25 mars 1929. Il s'agissait d'une malade dont la

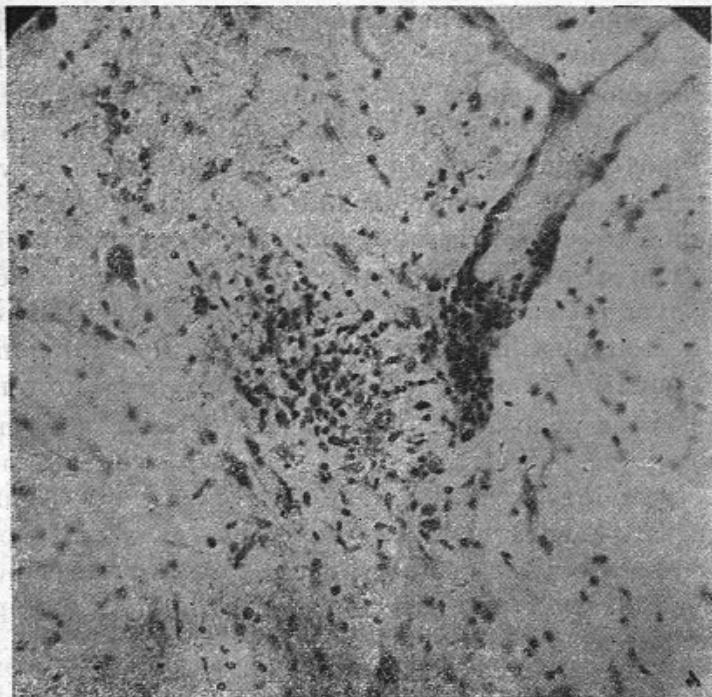


FIG. XVI. — *Bulbe. Région olivaire (microphoto). Méthode de Nissl.*
Vaisseau atteint de périvasculaire et dans son voisinage
un nodule infectieux.

durée de l'internement avait été de 23 ans. A l'examen microscopique de l'encéphale, je trouvai des adhérences méningo-corticale, des lésions cellulaires atrophiques, une satellitose autant névroglique qu'embryonnaire, des thromboses vasculaires organisées, de petits amas névrogliques et, en certaines régions, principalement dans le bulbe, des réactions lymphocytaires périvasculaires en voie de transformation fibroïde. Je vous ai

montré un certain nombre de microphotographies concernant ces lésions, séquelles indélébiles de l'inflammation primitive des centres nerveux.

D'après les observations et les microphotographies que je viens de vous présenter, je crois qu'il est difficile de ne pas admettre un syndrome de démence précoce conditionné par des lésions inflammatoires du cerveau. Ces lésions peuvent porter sur toutes les différentes régions de l'encéphale, mais elles ont comme zones de préférence les lobes frontaux et le bulbe. Aux lésions vasculaires, s'associent des lésions cellulaires qui sont beaucoup plus diffuses. Les méninges sont parfois intéressées comme vous avez pu le voir dans deux cas. Je vous ai donné des observations de démence précoce à la phase initiale, des cas dans lesquels l'affection évoluait depuis de nombreuses années. Vous avez pu vous rendre compte que même dans ces cas, il était possible de retrouver des lésions inflammatoires méningées ou vasculaires encore en évolution.

Ainsi on peut admettre deux processus anatomo-pathologiques différents dans la démence précoce. Dans certaines formes on ne trouve que des lésions dégénératives des cellules nerveuses, il s'agit donc d'encéphalose pour employer un terme à la mode. Dans d'autres, il s'agit d'encéphalite ou de méningo-encéphalite.

Si j'ai pu vous montrer qu'il existait une forme de démence précoce encéphalitique, il me reste maintenant à vous donner les arguments qui plaident en faveur de la nature toxi-infectieuse de cette encéphalite.

Les altérations vasculaires, la satellitose et dans certains cas l'infiltration des méninges par des cellules embryonnaires sont déjà à eux seuls les signes d'un processus irritatif. Car il est manifeste que l'infiltration des parois vasculaires et du cortex n'est pas secondaire à un processus de destruction ; ce n'est pas une inflammation réparatrice, mais une inflammation active. Dans certains cas j'ai pu vous montrer la présence de nodules inflammatoires qui sont considérés

actuellement comme un mode de défense contre un agent pathogène et certains auteurs leur donnent le nom de nodules infectieux. Je n'ai pu découvrir dans le parenchyme cérébral ni inclusions cellulaires, ni microbes, mais cela ne veut pas dire qu'il n'en existe pas et de nouvelles recherches sont nécessaires.

En s'appuyant uniquement sur la clinique, on peut arriver à serrer le problème de plus près.

On a cité de nombreux cas de démence précoce qui ont débuté avant ou pendant la convalescence de maladies infectieuses, de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la fièvre puerpérale, etc. L'affection commence alors par un état de confusion mentale aiguë et Régis, qui insistait sur ce fait, considérait la démence précoce comme une confusion mentale chronique. Nous savons également combien la démence précoce aime à se développer sur un terrain tuberculeux ou hérédo-syphilitique.

La démence précoce peut être consécutive à la chorée et on sait que cette maladie est due à une encéphalite (1).

La démence précoce peut survenir chez des sujets atteints antérieurement de poliomyélite, maladie infectieuse virulente. J'ai publié avec M. Mareschal (2) le cas d'une jeune fille qui fut atteinte à 16 mois de poliomyélite qui laissa une paralysie du membre inférieur gauche et un léger strabisme interne de l'œil gauche. A 16 ans survinrent un ptosis gauche et les premiers symptômes d'une démence précoce qui a évolué depuis par poussées successives. La malade est âgée actuellement de 23 ans.

Dans une observation de M. Courtois (3), il s'agit d'un jeune homme qui, à 3 ans 1/2, est atteint de poliomyélite qui laisse après elle une impotence du

(1) L. MARCHAND et G. PETIT. — Chorée et troubles mentaux. Considérations anatomo-cliniques. *Revue de Psychiatrie*, sept. 1911.

(2) L. MARCHAND et MARESCHAL. — Poliomyélite et démence précoce. *Soc. clin. de Méd. Ment.*, 17 décembre 1928.

(3) A. COURTOIS. — Démence précoce. Atteinte poliomyélitique de l'enfance. *Soc. clin. de Méd. Ment.*, 15 avril 1929.

membre inférieur gauche. A 20 ans, apparaissent les premiers symptômes de la démence précoce. On peut admettre que dans ces cas le processus infectieux s'est d'abord porté sur la moelle et plus tard sur le cerveau.

Dans des cas encore plus convaincants, la démence précoce et la poliomyélite débutent ensemble et je vous résumerai le cas remarquable de MM. X. Abély et Masquin (1). L'affection débute brusquement chez une femme de 32 ans par un accès de confusion mentale qui se transforme en délire aigu avec une température de 39° à 40°. En même temps survient un syndrome neurologique d'hypotonie et d'hyperéflexivité généralisée. La paralysie se localise aux membres inférieurs et l'état mental évolue vers l'hébéphrénie sans catatonie. Quelques mois plus tard amélioration considérable de l'état mental qui permet la mise en liberté. Comme séquelles neurologiques, il persiste une paralysie flasque de l'extrémité des membres inférieurs avec abolition des réflexes achilléens, exagération des réflexes rotulien et clonus de la rotule. Brusquement, deux ans plus tard, nouvel accès mental avec obnubilation confuse, catatonie, mutisme, négativisme ; quelques semaines plus tard, agitation avec délire érotique et propos incohérents ; puis la malade retombe dans la stupeur et le mutisme, les séquelles de la poliomyélite ne se sont plus modifiées.

Je vous apporterai enfin un dernier exemple dans lequel la poliomyélite s'est développée chez un sujet déjà atteint de démence précoce. Il s'agit d'un cas publié par MM. Guiraud et Lelong (2). Un jeune homme à l'âge de 17 ans présente des troubles du caractère, puis on note chez lui une tendance à la solitude, des accès d'irritabilité, des idées de jalousie, une haine

(1) X. ABÉLY. — *Soc. clin. de Méd. Ment.*, février 1926 et P. MASQUIN, Syndrome catatonique post-névraxitique. *Soc. clin. de Méd. Ment.*, juillet 1927.

(2) P. GUIRAUD et LELONG. — Myoclonies et poliomyélite chez un malade atteint d'hébéphrénie depuis plusieurs années. *Soc. clin. de Méd. Ment.*, 1926.

familiale qui nécessitent l'internement. Les auteurs constatent un certain degré de bradypsychie, des périodes de mutisme, du refus des aliments, des réclamations stéréotypées. Trois ans après le début des troubles mentaux, apparition d'une poliomyélite avec paralysie des membres inférieurs. Un mois plus tard surviennent des myoclonies localisées à la face et le sujet tombe dans un état de stupeur.

Il semble que dans de tels cas on peut admettre que le même germe infectieux est la cause de la poliomyélite et de l'encéphalite, substratum de la démence précoce.

Il est encore d'autres arguments qui plaident en faveur de l'origine infectieuse des lésions encéphalitiques. Certains cas de démence précoce commencent par un délire aigu et dans bien des cas le délire aigu, comme je l'ai montré récemment dans des travaux en collaboration avec MM. Toulouse, Schiff et Courtois (1), peut être symptomatique d'une encéphalite toxi-infectieuse. J'ai actuellement dans mon service une jeune femme atteinte de démence précoce. Son affection a débuté par un délire aigu. Récemment M. Paul Abély (2) a rapporté ici-même le cas d'un sujet qui, à 24 ans, a une impulsion homicide au cours de laquelle il tue son patron. Après l'acte criminel, il manifeste de l'agitation désordonnée, des propos incohérents, une intense anxiété ; il a des hallucinations auditives et visuelles, la température monte à 40° 2. C'est le tableau du délire aigu. Après une période de quelques jours pendant laquelle la vie du malade est en danger, les phénomènes aigus disparaissent. Un état mental, caractérisé par de l'inertie, de l'indifférence, des éclats de rire, du

(1) L. MARCHAND. — Des lésions encéphaliques dans les psychoses aiguës. *Soc. anat.*, 3 mars 1927.

E. TOULOUSE, L. MARCHAND et SCHIFF. — Les encéphalites psychosiques. *Etude anatomo-clinique. L'Encéphale*, mai 1929, p. 413.

E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS. — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Presse médicale*, 12 avril 1930.

(2) Paul ABÉLY. — Démence précoce à évolution rapide. Impulsion homicide : premier symptôme. *Soc. méd.-psych.*, 28 oct. 1929.

gâtisme, des stéréotypies grimaçantes, des phases de mutisme, des impulsions brutales, des attitudes catatoniques s'installent. C'est le tableau de la démence précoce hébéphrénocatatonique. Je pourrais également vous rapporter des cas dans lesquels le délire aigu éclate chez les déments précoce et entraîne la mort. J'étudie en ce moment un cas semblable qui m'a été obligamment remis par MM. Capgras et Vié. Il est possible, dans l'encéphale de ce sujet, de faire la part des lésions encéphalitiques anciennes et des lésions aiguës terminales.

Je terminerai cette longue suite d'arguments en vous disant qu'il existe une démence précoce par encéphalite épidémique. Si cette forme présente au point de vue clinique et étiologique des particularités qui permettent de la différencier facilement de la démence précoce hébéphrénocatatonique, elle a pour substratum une encéphalite infectieuse due certainement à un virus encore inconnu et cette forme de démence précoce peut être rapprochée des cas que je viens de vous exposer.

Il existe donc deux formes anatomo-cliniques de démence précoce conditionnées par deux facteurs différents, d'une part par une débilité héréditaire ou acquise du cerveau, d'autre part par une inflammation du cerveau, probablement de nature infectieuse. Une question maintenant se pose. Quelle est la forme la plus fréquente ? Au début de mes recherches, je pensais que c'était la forme dégénérative ou constitutionnelle. Je n'avais pu recueillir à cette époque que peu de cerveaux de déments précoce morts à la phase initiale de leur maladie et mes examens portaient surtout sur des cas de longue durée. Or, il est impossible de reconstituer d'après une sclérose quelconque ou d'après des lésions parenchymateuses fixées le développement du processus irritatif dès son début. Il est nécessaire, comme je vous l'ai montré, d'examiner des cas à différents stades de la maladie.

En rapprochant les lésions observées dans les cas récents de celles notées dans des cas de plus longue

durée, je suis arrivé à cette conclusion que beaucoup de cas de démence précoce considérée comme dégénérative parce qu'on y observe surtout des lésions cellulaires, sont en réalité d'anciennes démences précoces encéphalitiques dans lesquelles le processus inflammatoire est disparu ou tout au moins est très atténué. Mes constatations confirment l'opinion de M. Guiraud (1), qui attira l'attention « sur la possibilité de l'origine infectieuse exogène de syndromes encéphalitiques se présentant comme des processus neuro-épithéliaux ». En effet à la réaction inflammatoire encéphalitique aiguë du début peut succéder un processus chronique paraissant n'intéresser que les cellules nerveuses. Il est souvent possible dans de tels cerveaux, en les soumettant à un examen complet, de déceler encore quelque reliquat inflammatoire de l'encéphalite primitive. En relisant les protocoles des examens histologiques de cas publiés sous le terme de démence précoce neuro-épithéliale, j'ai été étonné de voir signaler fréquemment la neuronophagie des cellules nerveuses corticales. Or, il s'agit là de satellitose et les éléments embryonnaires qui entourent les cellules nerveuses sont de souche mésenchymateuse et peuvent être considérées comme les témoins d'une ancienne inflammation.

Toutes ces considérations m'engagent à admettre que les démences précoces encéphalitiques sont plus fréquentes que les démences dégénératives pures.

Les nouvelles conceptions que je viens de vous exposer doivent être maintenant envisagées au point de vue pratique. La conception de la démence précoce inflammatoire ou encéphalitique doit entraîner de nouvelles recherches thérapeutiques. Dans mes publications antérieures, j'ai insisté sur le fait que souvent, dans la démence précoce inflammatoire, on observait souvent au début de l'affection des rémissions pendant lesquelles le malade semble recouvrer son état mental normal. Ces rémissions peuvent survenir longtemps

(1) P. GUIRAUD. — Syndromes hébéphréniques et réaction névroglique. *Soc. clin. de méd. ment.*, 20 février 1928.

après le début de la maladie et cette constatation ne manque pas d'intérêt. Je relisais dernièrement les *Bulletins* de la Société de clinique mentale qui avait mis en 1922 à l'ordre du jour de ses séances l'étude de la démence précoce. Je relevais que M. Truelle avait publié un cas de rémission après dix ans de maladie et M. Leroy celui d'un dément précoce qui avait présenté une rémission après six ans de maladie. Dans une autre observation de M. Leroy, le malade avait manifesté un accès de délire hallucinatoire à 17 ans terminé par la guérison, un accès d'excitation maniaque à 29 ans, terminé aussi par la guérison, enfin un accès délirant à 31 ans qui cette fois prit les caractères définitifs de la démence précoce. M. Leroy considérait les trois crises comme faisant partie de la même affection mentale et il faisait la judicieuse remarque que dans ce cas la démence précoce évoluait comme la tuberculose pulmonaire dont les accidents aigus sont souvent séparés par de longs intervalles.

Il peut donc exister au cours de la démence précoce inflammatoire, des poussées successives dans l'intervalle desquelles on constate une guérison apparente due le plus souvent, reconnaissons-le sans honte, au seul jeu de la nature. Cette constatation est des plus instructives. On peut admettre que l'agent causal était resté dans l'encéphale à l'état latent et qu'à un certain moment il a pu reprendre son œuvre avec une activité telle que les moyens de défense de l'organisme n'ont pu résister. Il faut donc reconnaître que cet agent causal n'a aucune tendance à créer dans l'organisme un état d'immunité et c'est pourquoi l'encéphalite qui conditionne certains états de démence précoce est une affection si grave. Si pour arriver à la guérison de cette maladie il nous faut rechercher l'agent pathogène, il faut en même temps s'efforcer de trouver des substances qui, introduites dans l'organisme, seraient ou capables de détruire cet agent, ou de modifier le terrain sur lequel il se développe. Mais j'empêtre maintenant sur le domaine de l'avenir.

UN CAS D'HOMOSEXUALITÉ FÉMININE

par M. CHAVIGNY

Médecin Général de l'Armée

Professeur à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Dans la littérature médicale, les cas publiés d'homosexualité féminine sont fort peu nombreux.

Rien à en conclure relativement à la rareté où à la fréquence de cette sorte de perversité. L'homosexualité féminine ne comporte jamais, pour ainsi dire, de conséquences judiciaires ni médico-légales. La femme a d'autres facilités que l'homme pour cacher, masquer ses instincts homosexuels.

Puis, il paraît bien exceptionnel qu'une femme aille confier l'aveu de troubles de cette sorte à un aliéniste ; rien ne l'y sollicite, rien ne l'y oblige.

Le cas qu'il m'a été donné d'observer s'est présenté dans des conditions assez originales : Je recevais une lettre dont le passage capital était ainsi libellé : « Agée de 39 ans, je n'ai jamais eu de rapports sexuels avec un homme, car je dois avoir un défaut de la nature ; c'est ce qui m'engage à prendre une décision concernant le legs de mon corps à votre Institut. »

Venant quelques jours plus tard discuter des conditions de ce legs, elle avoue être déterminée à cette résolution par l'état d'extrême misère où elle en est réduite. Elle sait, dit-elle (sans d'ailleurs qu'aucun médecin l'ait jamais contrôlée), que ses organes génitaux ne sont pas conformés comme ceux des autres femmes, puisqu'elle n'a jamais pu avoir de rapports sexuels comme femme.

Peu à peu, elle confie toute son histoire :

Elle appartenait, affirme-t-elle, à une excellente famille. Certains indices d'observation directe semblent d'ailleurs le confirmer.

Dès son très jeune âge, elle a porté affection extrêmement vive, bientôt exclusive et mêlée de jalousie à certaines de ses camarades de jeux d'abord, puis de pension.

Vers 16 ou 18 ans, après plusieurs autres liaisons qui s'étaient succédées, une amitié si étroite et si compromettante la lie à l'une de ses amies, que sa famille, excédée, la met en demeure ou de rompre cette liaison, ou de quitter définitivement la maison paternelle.

La jeune fille n'hésite pas et suit son amie.

Alors commence la déchéance progressive, la lutte avec la misère. Les aventures passionnelles se succèdent, l'une remplaçant l'autre.

Sténo-dactylographe d'une certaine valeur, elle a grand'peine à demeurer longtemps dans la même place, constamment reprise par le souci d'une liaison nouvelle à laquelle elle sacrifie tout.

Naturellement, elle affirme que ses passions sont demeurées exclusivement intellectuelles.....

A aucune époque de sa vie, elle n'a eu, dit-elle, aucune appétence pour un rapport sexuel avec un homme. Si une fois ou deux il lui est arrivé de songer à avoir des relations sexuelles avec un homme, les toutes premières tentatives de rapprochement, encore à distance, lui ont fait l'effet d'un fer rouge qu'on lui aurait appliqué sur les parties sexuelles, et les choses en sont demeurées là.

Nullement documentée, bien entendu, sur la psychologie de l'homosexualité, elle s'est bâtie une explication organiciste à laquelle elle se tient, et qui a d'ailleurs dicté sa démarche au Laboratoire de Médecine Légale. Elle ne peut pas avoir de rapports sexuels avec des hommes *parce qu'elle a, à son avis, une malformation des organes sexuels.*

Cette sorte d'explication qu'elle s'est constituée, est d'ailleurs la seule partie intéressante de son histoire.

Au point de vue physique, elle est normalement constituée.

Elle a été réglée de façon normale depuis l'âge de 13 ans, et de façon ininterrompue. A l'examen direct, on constate du vaginisme à un degré très marqué, on pourrait dire : excessif.

Au point de vue psychique, on peut également dire qu'elle est normale, exception faite pour la question d'homosexualité. Elle est intelligente et n'en déplore que d'autant plus l'anomalie de sa conduite.

Elle est inquiète et malheureuse « *de n'être pas comme tout le monde* ». Elle souffre de la réprobation dont elle a toujours été l'objet.

Mais il est impossible, malgré un interrogatoire prolongé et minutieux, de découvrir quoi que ce soit qui ressemble chez elle à une analyse mentale de ses particularités. Elle est anormale, sexuellement parlant, au point de vue psychique, avec autant de naturel et aussi peu de réflexion que les autres individus sont normaux. Elle l'est tout aussi simplement et sans plus y attacher d'importance.

Chez elle, c'est un sentiment naturel, nullement raffiné ; pas plus que l'individu normal, elle ne recherche les causes intellectuelles de sa passion, elle s'y laisse aller. Si, parfois, elle en regrette les conséquences, c'est à cause de la situation difficile qui lui est faite, mais nullement par remords.

Impossible de lui faire préciser quel était son rôle dans les liaisons qu'elle a successivement eues. Elle se dérobe aux précisions sous un flot d'explications accessoires et de faux-fuyants. Toutefois, l'examen de son habitus extérieur ne laisse guère de doutes : son costume emprunte trop au type masculin pour que cette particularité puisse échapper ; cravate, col sont très caractéristiques, puis l'allure générale vient confirmer ces constatations.

Le seul renseignement quelque peu détaillé qu'elle fournit est celui-ci : « Envers certaines femmes qui à première vue irritent mes sens, certains contacts me donnent une soi-disant jouissance, mais, chose étrange, je ne demande pas qu'on me touche, cela m'énerve, je suis pleinement satisfaite quand je constate que mes caresses à l'autre font leur effet. »

En somme, la seule particularité de son cas, c'est cette sorte « *d'interprétation* » qu'elle avait échafaudée.

**

Vers la même époque où ce cas était observé, les journaux racontaient l'aventure d'une jeune fille de 29 ans, Viviane F., qui, aux environs de Troyes, et ayant toujours vécu jusque-là sous les habits féminins, s'était présentée un jour chez ses grands-parents en habits masculins ; elle avait fait alors toutes les démarches voulues pour épouser une autre jeune fille — une vraie — Paulette D. Ayant fait constituer par un avoué un dossier de demande de rectification d'état civil, elle avait joint au dossier un certificat médical faux, fabriqué par elle-même. Les choses s'étaient gâtées du jour où les gendarmes avaient conclu de cette histoire que Viviane F. se trouvait insoumise, n'ayant pas fait son service militaire. La vérité ne tarda pas à être connue. L'aveu fut déconcertant de simplicité : Viviane aimait tellement Paulette qu'elle voulait s'unir à elle pour la vie !

En présence d'un cas d'homosexualité, que peut le médecin ? Peut-il être de bon conseil ?

La prophylaxie ne saurait guère être de quelque efficacité que dans la jeunesse, alors que se montrent les tout premiers indices d'une telle déviation mentale. Mais, avec les données de pudibonderie qui cristallisent la plupart des parents en formules archaïques, il ne faut guère espérer arriver à temps.

Chez un adulte, par exemple dans le cas rapporté ici, il semble qu'on puisse être au moins un conseiller susceptible de rendre service.

Ayant des notions de psychiatrie, il faut écarter résolument de son esprit les préventions dont le public est doté à l'égard de ces anormaux.

Assurément, il ne faut pas encourager ceux-ci dans la voie qui leur est tracée par les revendicateurs des droits du troisième sexe. Ce sont des conceptions à laisser aux sectateurs du docteur Hirschfeld.

Mais, pas plus, il ne faut anathématiser ceux qui sont de bonne foi, qui se désespèrent de leur état anormal, et qui, plus souvent qu'on ne le croit, seraient tout disposés à faire des efforts pour revenir à la règle commune.

Tout au moins, il faut leur faire connaître qu'ils sont

les victimes d'une malformation psychique congénitale, et qu'ils n'ont pas à se considérer comme des criminels. Quand ils sont parvenus à réfréner leurs tendances extérieures, à ne pas faire scandale public, ils ont déjà fait œuvre méritoire et il faut leur tendre une main secourable pour qu'ils se sentent aidés dans leur détresse qui est souvent grande. Bien des fois, j'en ai été le confident.

Il faut leur faire accepter mentalement cette difformité, tout comme on leur conseillerait de se résigner s'ils étaient nés avec un pied-bot ou avec une amputation congénitale d'un membre.

C'est d'autant plus nécessaire de leur donner cette orientation que partout ils rencontrent la réprobation, sans aucun conseil réfléchi ni basé sur une conception juste de la donnée médicale.

Le médecin doit savoir que même souvent des directeurs de conscience, de catégorie confessionnelle, ne sont guère avertis de ces questions.

Les conseils que je fournissais, en partant de ces idées, à la personne qui a fait l'objet de l'observation rapportée ci-dessus, ont été accueillis par cette exclamation : « Ah ! si l'on m'avait dit tout cela plus tôt, combien on m'aurait rendu service ! Combien j'aurais été moins malheureuse ! »

BIBLIOGRAPHIE

HAVELOCK-ELLIS. — *Etudes de psychologie sexuelle*, t. II, « *L'inversion sexuelle* », 1909, p. 161.

MOLL. — *Les perversions de l'instinct génital*, Paris, Masson, 1897, p. 303.

KRAFFT-EBING. — *Psychopathia sexualis*, Paris, Carré, 1895, chap. V, page 587.

HESNARD. — *La psychologie homosexuelle*, Paris, Stock, 1929, chap. VI, p. 170.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 MAI 1930

Présidence de M. CAPGRAS, Président

Mme Minkowska ; MM. X. Abély, P. Abély, Baruk, Bonhomme, Collet, Coulonjou, Damaye, Gouriou, Lauzier, Vignaud, membres correspondants assistent à la séance.

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

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La correspondance imprimée comprend l'envoi, en hommage à la Société, par MM. Raynier et Beaudouin, membres de la Société médico-psychologique, de la 2^e édition de leur ouvrage intitulé : *L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés*. Je propose à la Société de les remercier et je rappelle les grands services que cet ouvrage, qui a obtenu le prix Baillarger, rend à tous nos collègues des Asiles. (*Assentiment*).

La correspondance manuscrite comprend : 1^o une lettre de M. le Professeur Naville, de Genève, qui sollicite le titre de membre associé étranger. Le bureau vous propose de nommer une commission composée de MM. Colin, René Charpentier, Paul Courbon, rapporteur (Adopté).

2^o Une lettre de M. le Dr Leroy, secrétaire général, invitant la Société à se faire représenter au X^e Congrès Belge de Neurologie et de Psychiatrie, qui se tiendra

à Liège les 28 et 29 juillet 1930, immédiatement après le Congrès de Lille.

M. René Charpentier est désigné pour représenter la Société à ce Congrès.

M. CAPGRAS, président. — Mes chers collègues. J'ai cette fois encore un pénible devoir à remplir : celui de vous annoncer la mort à 59 ans de l'un des plus distingués parmi nos membres correspondants, le docteur Lalanne, de Maréville. Originaire de la Gascogne, dont il gardait une pointe d'accent savoureux, Lalanne, sans renier sa petite patrie, était devenu Lorrain d'adoption. Après son internat dans les asiles de la Seine il fut nommé à 27 ans médecin du pensionnat Sainte-Anne de Maréville, qu'il ne quitta jamais et qu'il réorganisa. Il y repose maintenant pour toujours et son nom restera gravé au fronton des nouveaux bâtiments qui, grâce à lui, perfectionneront bientôt cet asile qu'il aimait. Chargé depuis 1922 du cours de Psychiatrie à la Faculté de médecine de Nancy, il laisse à ses élèves le souvenir d'un enseignement lumineux et pratique et à ses confrères le prestige de sa bonté, de sa générosité que le Doyen rappelait le jour de ses obsèques. L'autorité qu'il tenait de sa longue expérience, la clarté de son esprit, l'aménité de son caractère lui valurent l'estime, la confiance et l'affection de tous ses collègues. Il présida l'an dernier à Barcelone le 33^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes et il fut, en même temps, élu président de l'Association amicale des médecins des Etablissements d'aliénés de France, qui perd en lui un animateur de la première heure. Lalanne compte au nombre de ces hommes qui honorent leur profession et dont on déplore la disparition prématuée. Nous prions sa famille, si cruellement frappée, d'agréer l'expression de nos plus vives condoléances.

RAPPORTS DES COMMISSIONS DE PRIX

Prix Aubanel

M. MALLET (au nom d'une commission composée de MM. PACTET, TRÉNEL, MALLET, rapporteur). — Le tabès était à peine isolé comme entité clinique que déjà se posait la question de ses rapports avec les troubles mentaux qui souvent l'accompagnent. M. Carrette nous apporte un substantiel historique de la question, dans lequel on la voit d'abord s'obscurcir à mesure des progrès de la clinique et du laboratoire, puis s'éclairer avec la constance de ces progrès et le recul nécessaire à toute déduction d'ordre médical. On devra beaucoup à M. Carrette dans cette mise au point d'une question qui intéresse autant le neurologue et le syphiligraphe que le psychiatre.

En fait, conclue M. Carrette, le tabès évolue généralement sans troubles mentaux.

Ses rapports avec la paralysie générale ont retenu longuement son attention. Il lui apparaît qu'il s'agit de deux affections qui évoluent parallèlement, chacune pour son propre compte, le tabès étant le plus souvent le premier en date. Toutefois, sous le nom de paralysie générale tabétiforme, on peut isoler une variété rémitente et prolongée de paralysie générale qui serait plus spéciale aux tabétiques : il s'agirait d'une forme atténuée de méningo-encéphalo-myélite syphilitique. Dans la démence tabétique, démence propre au tabès, isolée par Pierret et l'école de Lyon, M. Carrette, après beaucoup d'autres, ne voit qu'une démence paralytique : elle peut être liée à une syphilis cérébrale diffuse du type Nissl-Alzheimer, ou elle entre dans le cadre des démenances de l'athérome cérébral et de la sénilité survenant chez des tabétiques.

De même, en ce qui concerne le délire, M. Carrette arrive à cette opinion : il n'y a pas de délire propre au tabès. Certains tabétiques font un délire d'interprétation

de symptômes somatiques, soit comme de vrais paranoïaques, soit comme de simples déprimés sans idées de persécution. Mais ils délirent davantage du fait de leur aptitude à délirer, dit M. Carrette, que de celui de leur tabès. Tout au plus doit-on retenir la fréquence particulière du délire dans le tabès amaurotique et peut-être une orientation vers le délire hypocondriaque du fait des localisations sensitives des lésions tabétiques.

M. Carrette refuse aux tabétiques un état mental particulier : « Les dispositions à la toxicomanie, à l'euphorie, à l'indifférence, aux phobies ou à l'hypocondrie, signalées chez eux par certains auteurs, ne diffèrent en rien, conclut-il, des manifestations analogues observées dans toutes les maladies chroniques. »

Votre commission, Messieurs, ne peut que vous indiquer trop sommairement les grandes lignes du travail qui lui a été soumis, mais elle se doit de vous signaler la richesse d'une documentation puisée dans la littérature médicale, dans la clinique, au laboratoire, et l'esprit critique qui l'a utilisée. Elle vous propose d'accorder à son auteur le prix Aubanel qu'il sollicite de vos suffrages.

**

Ces conclusions sont adoptées par la Société.

Le prix est décerné à M. Carrette, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Question posée pour le prochain prix Aubanel : *Consequences cliniques, anatomo-biologiques et thérapeutiques de la Malaria-thérapie de la Paralysie générale.*

Prix Moreau de Tours

(Commission :

MM. MIGNOT, SANTENOISE, BEAUDOUIN, rapporteur)

M. BEAUDOUIN. — Vous avez chargé une Commission composée de MM. Mignot, Santenoise et moi-même

d'apprécier les travaux déposés en vue de l'attribution du prix Moreau de Tours, pour lequel trois thèses vous sont proposées :

Celle de M. Henri Fischer, de Bordeaux, a pour titre : « *Les dysmorphies congénitales du rachis et leurs syndromes cliniques* ». C'est un travail considérable, de plus de 320 pages, puissamment documenté et richement illustré de figures, schémas et clichés radiographiques. Malgré tout son intérêt, et malgré les notions spéciales de rapport entre les dysmorphies vertébrales et l'hérédité, la dégénérescence, la criminalité, ce travail apparaît trop peu comme traitant un sujet d'ordre psychiatrique.

M. Guilhem Teulié, de Bordeaux, présente une thèse sur les « *Rapports des langages néologiques et des idées délirantes en médecine mentale* », en distinguant trois catégories : néologismes syntaxiques, langages pseudo-incohérents, — néologismes verbaux, réalisant les glossomanies, — langages néologiques à la fois par leur syntaxe et leur vocabulaire, ou glossolalies. En une étude copieuse de 165 pages, M. Teulié apporte une documentation clinique fouillée, comportant entre autres huit observations personnelles. De cette longue étude clinique, l'auteur conclut que les langages néologiques sont en relation avec les idées délirantes, et procèdent notamment des tendances mégalomaniaques.

Si l'analyse de ce travail a pu permettre à M. Lautier quelques critiques de détail, on en doit souligner la richesse de documentation et la finesse d'analyse psycho-clinique.

La thèse de M. Miloyé M. Vidacovitch, de Paris, a pour titre : « *Tonus neuro-végétatif et psychoses alcooliques* ». Ce travail fait partie d'une série de recherches à l'ordre du jour. Après avoir rappelé les différences constatées depuis longtemps dans les réactions individuelles à l'intoxication éthylique, l'auteur passe en revue les théories soutenues quant aux fac-

teurs étiologiques : terrain d'une part, et, d'autre part, rôle des organes à fonction antitoxique. Reculant les limites du problème, il relate des expériences de laboratoire et apporte des observations cliniques lui permettant de conclure que « les sujets particulièrement sensibles à l'alcool sont ceux qui sont généralement vagotoniques ou en période d'hypervagotonie ».

Si les caractères des sujets traités ne nous permettent de retenir que les deux derniers des travaux rapidement analysés devant vous, nous croyons devoir, en raison de sa documentation et de son originalité, mettre en première ligne celui de M. Teulié, à qui nous vous proposons d'accorder le prix Moreau de Tours.

Prix Esquirol

(Commission : MM. DE CLÉRAMBAULT, LEROY, DUPOUY rapporteur).

M. DUPOUY. — Messieurs, votre Commission du prix Esquirol, composée de MM. de Clérambault, Leroy, Dupouy rapporteur, n'a eu qu'un mémoire à juger, celui du Dr Jean Dublineau, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, interne des asiles de la Seine, assistant au laboratoire de physiologie de l'Académie de Médecine.

Dublineau étudie d'abord l'intuition normale, et, plus particulièrement, la pensée intuitive et ses rapports avec le langage intérieur, citant sur ce point les opinions de Bergson, Delacroix et Le Roy. Il aboutit à l'intuition délirante, qu'il tend à considérer comme un des éléments de l'automatisme mental, et au délire d'intuition, dont l'autonomie nosologique s'acquiert par l'importance de l'élément intuitif dans le tableau clinique de la psychose envisagée.

Le rôle de l'intuition dans la genèse de certains délires est nettement entrevu par Baillarger, puis par Dupré et Logre, Deny, mais c'est seulement en ces dernières années qu'il est surtout compris et étudié.

Après la présentation de quelques observations personnelles et un résumé de celles sur lesquelles Heuyer avait basé son travail sur le dévinement de la pensée, D. aborde l'étude de l'intuition délirante, de son mécanisme psychologique et surtout de sa conception clinique et sémiologique. L'étude du symptôme isolé le conduit à la notion du délire d'intuition, dans lequel les constructions délirantes sont entretenues par des apports intuitifs de systématisation variable.

L'intuition peut être dite une connaissance immédiate, personnelle et spécifique ; c'est une pensée irruptive qui surgit brusquement à la conscience, se révèle d'un seul coup, complète et brutale, parfaite et totale d'emblée, étonnant par la soudaine illumination qu'elle projette sur des faits jusqu'alors inconnus ou incompris, le malade lui-même, et entraînant aussitôt sa conviction absolue, laquelle ne supporte aucune discussion, n'exige aucune preuve pour ou contre, explique tout par la seule autorité de sa présence. Je sais, déclarent ces malades, je sais... et cela leur suffit.

L'intuition délirante possède encore des attributs de réalité (délirante s'entend), d'actualité, de spontanéité, d'incoercibilité ; il existe cependant des intuitions rétrospectives et il arrive parfois, comme dans l'intuition normale, que l'éclair intuitif soit précédé d'un travail préparatoire antérieur, de réflexions plus ou moins longues, de méditations qui aboutissent brusquement à un *euréka* aussi illogique et délirant que l'étaient les préoccupations antérieures du sujet, son pouvoir critique, ses facultés syllogistiques.

L'intuition n'est pas fatallement idéique, elle peut être sensible, à base affective ou cénesthésique. D. énonce cette possibilité sans s'y attarder longuement. L'intuition joue, en effet, un rôle important dans les états passionnels, délires érotomaniaques, de jalousie, de revendication, etc... et dans les hypocondriaques, délires cénestopathiques, de possession, de zoopathie...

La révélation de l'amant supposé comme de la maladie redoutée est souvent intuitive d'après notre expérience. D. le signale dans ses variétés cliniques mais ne s'étend peut-être pas suffisamment sur ce sujet. Révélations, prévisions, pressentiments, prémonitions, divinations, convictions intuitives, devinatio de la pensée, vaticinations, prophéties, inspirations mystiques, littéraires, poétiques, musicales, scientifiques, découvertes ou inventions soudainement géniales font partie de l'intuition et cette simple énumération montre l'ampleur de la question.

Fixe et stabilisée aussitôt qu'apparue, l'intuition délirante n'est pas, en soi, évolutive mais, en tant qu'idée délirante, elle subit la loi du délire ou de la psychopathie causale ; elle peut être transitoire, intermittente, préluder à l'apparition et au développement d'une psychose hallucinatoire (paranoïde), interprétative ou imaginative, évoluant en ce cas avec celle-ci.

L'intuition peut aussi s'associer ou se combiner tantôt avec un système interprétatif, tantôt avec un thème imaginatif, tantôt avec des hallucinations sensorielles, visuelles, auditives, céphalées, ou des hallucinations psychiques, tantôt enfin avec un délire onirique.

Le diagnostic de l'intuition délirante se fait principalement avec les hallucinations verbales motrices et les pseudo-hallucinations, représentations aperceptives par hyperendphasie, auto-représentations, etc. L'intuition est profondément personnelle et spécifique; elle est « la pensée directement reconnue, la connaissance synthétique et directe, exactement et strictement adaptée au fait tout entier ». L'hallucination psychique se différencie, au contraire, par son caractère symbolique et partiel, son apparence exogène et étrangère. Accessoirement, on la confondrait avec les idées autochtones de Wernicke, les idées fixes ou prévalentes, l'interprétation délirante, la fabulation imaginative, l'état de rêve ou de réverie, l'hyperidéation maniaque, le mentisme et les éléments d'automatisme mental.

Les délires d'intuition purs sont ceux où le délire est entretenu non par rapports interprétatifs ou imaginatifs, mais par jaillissement continu d'intuitions nouvelles. Plus fréquents sont les délires à début intuitif et les délires à prédominance intuitive. Ils se rencontrent incorporés aux divers délires de persécution, d'influence, de grandeur ou d'invention, d'érotomanie, de puerpéralté, de jalousie, de mysticisme, de spiritisme et de médiumnité, d'auto-accusation, de mélancolie, d'hypocondrie, etc., symptomatiques des affections les plus variées : psychasthénie et obsessions, schizophrénie et démence précoce (surtout la forme paranoïde), la psychose maniaque-dépressive, les états confusionnels, les délires systématisés chroniques, la paralysie générale.

Quelle est la valeur de l'intuition délirante ? D. la discute au triple point de vue biopsychiatrique, psychopathologique et psychologique général, mais n'aboutit qu'à des hypothèses, notamment sur le rôle de l'inconscient et des tendances subconscientes du sujet. Il se montre, par contre, plus précis et plus catégorique en ce qui concerne son évolution. « L'intuition, phénomène d'automatisme mental, peut, dit-il, sous l'influence soit d'un processus organique, soit d'un syndrome d'action extérieure, s'objectiver et devenir hallucination psychique. Elle est le premier stade de la série aboutissant à l'hallucination sensorielle. Ainsi la notion de durée qui s'attache aux faits intuitifs persiste-t-elle dans l'évolution de l'intuition pathologique, mais transformée par l'intervention de l'automatisme mental, que celui-ci relève d'un processus organique ou psycho-organique. »

Le travail de D. se résumera, au point de vue pathogénique comme au point de vue clinique, dans ces conclusions : l'intuition est intégrée aux faits d'automatisme mental, elle offre de frappantes analogies avec les préliaisons décrites chez les primitifs (Lévy-Brühl),

elle révèle une façon de penser analogue à la mentalité primitive et se rapproche pour les mêmes raisons de la mentalité infantile; ainsi paraît-elle comme un mode de régression intellectuelle, cette régression n'étant que « la formule phylogénique du déficit biologique à l'origine du délire, dont les affirmations, en dehors de toute critique et de toute vérification logique, constituent la traduction clinique essentielle ».

Le mémoire de D. constitue un travail très conscientieux, très étudié, largement pourvu de faits, d'observations bien prises et judicieusement interprétées, un peu touffu en certains points, un peu écourté en d'autres, notamment dans son chapitre des réactions affectives et médico-légales. L'intuition, en effet, n'admettant ni preuves ni discussions, correspondant à une conviction inébranlable, constituant une sorte de foi sourde et aveugle sur laquelle rien ni personne n'a prise, possède un pouvoir d'impulsivité redoutable. Et certaines impulsions auxquelles se livrent des aliénés, fugues, violences sur autrui, refus d'aliments, suicides et automutilations, homicides etc. sont commandées par une intuition délirante. Divers meurtres ou assassinats passionnels relèvent également pour nous d'intuitions, erronées ou délirantes, car si le travail interprétatif est long, fait de « ruminations », et conduit à un acte longuement prémedité mais encore assez rarement exécuté, l'intuition soudaine, brutale, incoercible, totale, illuminatrice, indiscutée, est davantage génératrice de raptus et de ce fait s'avère particulièrement dangereuse.

Certaines opinions sont, en outre, discutables, entre autres celle de l'assimilation de l'intuition à un mode infantile ou régressif de la pensée. Malgré ces quelques critiques, le travail que je viens de vous exposer sur les intuitions délirantes constitue une œuvre médicale et psychologique de valeur, méritant largement, en a jugé votre Commission, d'être couronnée par votre

Société et je suis personnellement heureux de vous proposer d'attribuer le prix Esquirol de 1929 à son auteur, le Dr Dublineau, interne des asiles de la Seine, dont j'apprécie depuis deux ans la culture intellectuelle, le sens clinique et le goût pour les études psychiatriques.

Démence encéphalitique.

Etude anatomo-clinique. Projections

par M. MARCHAND (1)

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — J'ai écouté avec grand intérêt la communication de M. Marchand. Elle permet de comparer l'histoire clinique des malades avec les constatations anatomo-pathologiques. Je désire attirer l'attention sur un point que j'estime particulièrement important. Quoiqu'il s'agisse de maladies cérébrales inflammatoires, comme nous avons pu nous en convaincre d'après les projections, l'observation clinique ne signale que très rarement de la confusion mentale véritable. Le début consiste presque toujours en accès d'agitation ou de dépression, en délires plus ou moins tenaces. Sous l'influence des idées de Régis, on a eu pendant un certain temps la tendance excessive à trouver de la confusion mentale dans toutes les maladies toxi-infectieuses, ce qui ne paraît pas correspondre à la réalité.

La confusion mentale n'apparaît que quand il s'agit d'infections massives et aiguës. Dans les cas insidieux et atténués, on observe soit des troubles de caractère, soit des états mélancoliques ou maniaques, soit des

(1) Ce travail paraît à titre de mémoire dans le présent numéro (voir p. 5).

délires sans onirisme ni confusion, soit enfin le syndrome fondamental de l'hébéphrénie. Le problème de l'étiologie de l'hébéphrénie reste encore bien obscur. Je me demande s'il est bien légitime d'appeler hébéphrénie des syndromes observés à la suite d'hérédosyphilis, par exemple, d'encéphalite léthargique chronique, de maladies toxi-infectieuses dont la cause est connue. La plupart du temps, les hébéphrénies se développent insidieusement sans épisode initial aigu bien saillant.

Cette diversité du début pose la question suivante :

1° L'hébéphrénie est-elle un syndrome ressortissant à des causes multiples (syphilis héréditaire, toxi-infections diverses, etc...) ?

2° La grande majorité des cas d'hébéphrénie (surtout celles à marches insidieuses) résulte-t-elle d'une cause unique, par exemple d'un ultra-virus neurotrophe ? Dans cette hypothèse, il y aurait une maladie véritable et à côté d'elle des syndromes hébéphréniques ; de même qu'à côté de la paralysie générale (syphilis cérébrale parenchymateuse) on observe des syndromes paralytiques de cause diverse.

Enfin, je vois avec plaisir que M. Marchand confirme mon opinion que certains agents toxi-infectieux relativement peu virulents peuvent provoquer des lésions presque exclusivement neuro-épithéliales.

La distinction entre les lésions vasculo-méningées et neuro-épithéliales perd beaucoup de son importance depuis qu'on tend à attribuer à la microglie une origine mésodermique. Récemment, chez le lapin, j'ai constaté des infections cérébrales discrètes par *toxoplasma cuniculi*, qui ne comportent qu'une réaction de la microglie et surtout des cellules épendymaires. Chez les animaux atteints de la même maladie, mais sous des formes plus virulentes, les réactions vasculo-méningées sont au contraire énormes.

Trois nouveaux cas de parégorisme

par MM. DUPOUY et BALLARIN

M. Trénel et M. Heuyer ont récemment attiré l'attention de la Société Médico-Psychologique et de la Société de Médecine légale, sur la toxicomanie par l'élixir parégorique ou « parégorisme ». Nous-mêmes en avons observé quelques cas. Il semble bien que cette intoxication se fasse de plus en plus fréquente et que l'on ait eu raison d'insister sur le danger de la vente à volonté de l'élixir parégorique par les pharmaciens. Ceux-ci ne devraient jamais délivrer à leur clientèle, sans une ordonnance régulière, plus de 60 grammes d'élixir parégorique, quantité correspondant à trois centigrammes de morphine (décret du 14 septembre 1916). Il est banal cependant de voir des malades obtenir 100, 150 et même 250 grammes d'élixir parégorique à la fois, et cela quotidiennement. L'un de nos malades absorbe chaque jour le contenu de 3 flacons de 155 grammes, soit 465 grammes d'élixir parégorique.

Dans un article du dernier numéro paru de *l'Hygiène mentale* (1), M. Heuyer reprend cette question des toxicomanies nouvelles, parégorique et barbiturique, et décrit le tableau clinique particulier du parégorisme qu'explique la composition de l'élixir (alcool-morphine-essence d'anis et camphre) : « Mélange d'euphorie opiacée, d'état confusionnel alcoolique avec hallucinations visuelles terrifiantes de type toxique, et de réactions impulsives, clastiques et violentes, dues à l'essence d'anis analogue à l'absinthe. »

(1) G. HEUYER et L. LE GUILLANT. — De quelques toxicomanies nouvelles. *L'Hygiène mentale*, mars 1930.

Nous n'avons pas retrouvé chez nos malades ce tableau aussi nettement présenté ; mais nous avons cependant pensé devoir rapporter à la Société médico-psychologique les nouveaux cas que nous avons observés et qui confirment entièrement les conclusions de M. Trénel et de M. Heuyer.

Nous avons observé récemment 3 malades atteints de parégorisme.

I. L'un, M. P., prenait en 1924 du laudanum contre une insomnie persistante et des douleurs diffuses dans les membres, puis a continué par l'élixir parégorique, il en a absorbé quotidiennement 250 grammes, il a atteint 350 grammes ; ce malade habituellement déprimé prétendait éprouver au début un « relèvement immédiat de l'intelligence et surtout de l'imagination », il devenait plus audacieux, et son imagination devenait momentanément plus féconde. Plus tard il avait l'impression d'avoir un brouillard devant les yeux, perte de l'appétit, perte de la mémoire, indifférence. Au point de vue sexuel diminution du désir. Pas de troubles délirants; pas d'onirisme ni même de cauchemars. Il nous déclare se procurer facilement de l'élixir dans toutes les pharmacies.

II. Mme H. absorbait 180 grammes d'élixir parégorique par jour, sa dose maxima est de 220 grammes. Cette malade en prenait pour calmer des coliques et diminuer la diarrhée qu'elle avait, elle éprouvait du soulagement et reconnaît que l'élixir parégorique « lui fait perdre la mémoire et lui cause des crises de nerfs ».

III. Le troisième est encore en traitement à l'hôpital Henri-Rousselle. C'est un homme âgé de 41 ans, marié, artiste lyrique et voyageur de commerce qui a subi en 1917 trois interventions chirurgicales pour ulcus gastrique, et il y a 5 ans une cordotomie par M. de Martel pour des crises tabétiques. Au cours de ces opérations

on lui a donné de la morphine, 1 centigramme, puis 2 centigrammes.

Il y a quatre ans, en 1926, au cours d'un voyage à Lyon, il est pris, dans le train, de violentes douleurs abdominales, un voyageur le conduit chez un pharmacien qui lui donne de l'élixir parégorique ; constatant un apaisement il en prend une petite quantité en prévision pour l'absorber au premier besoin.

Puis, peu à peu en voyage, il en prenait au moment de ses crises tabétiques gastro-intestinales et même à l'avance par crainte du retour de ces crises et arrive à ne plus pouvoir s'en passer.

A ce moment il en absorbait le contenu d'un petit flacon de 15 grammes puis s'habituant très vite, — et le malade s'avoue surpris de la rapidité avec laquelle il s'y est habitué, — il lui faut 3 et même 4 flacons de 125 grammes qu'il prend par petites doses, avec beaucoup d'eau à cause de son intolérance gastrique.

Il éprouvait à ces doses-là du soulagement, ses crises ne tardaient pas à disparaître, puis de l'abrutissement, sa mémoire s'amoindrissait, il ne se sentait pas somnolent, au contraire, il était très éveillé, énervé même.

Cette période dure 3 ans puis en novembre 1929 il entre à l'hôpital Henri-Rousselle, de lui-même, demandant qu'on l'enferme pour se désintoxiquer. Il sort un mois après sevré, mais encore tenté. Il reste 2 mois et demi sans reprendre de l'élixir parégorique ; il est vrai qu'à l'occasion de ses crises gastriques sa femme lui faisait des injections de morphine.

Souffrant de plus en plus il essaie de résister, sa femme lui refusant la morphine ; il sort de chez lui, va chez le pharmacien qui lui donne 30 grammes d'élixir parégorique, ces 30 grammes le calment pendant 2 jours. Ce premier pas a suffi et la toxicomanie recommence, il augmente ses doses, il boit l'élixir parégorique avec dégoût, avec remords, mais il le boit avec la perspective d'un soulagement proche. Il aug-

mente jusqu'à 45 grammes et se rendant compte qu'il s'intoxiquait de nouveau, il vient trois fois jusqu'aux grilles de l'entrée de l'hôpital, mais par honte de lui-même, craignant d'être reconnu et critiqué, il n'entre pas, et retombe alors dans cet état de besoin qui croît avec l'intensité et la fréquence de ses douleurs et qu'entretenent ainsi l'accoutumance qui l'oblige à absorber jusqu'à 3 flacons de 155 grammes soit 465 grammes en 24 heures.

Comment peut-il se procurer de pareilles quantités d'élixir parégorique ? Si quelques pharmaciens le délivrent facilement, d'autres refusent d'en donner plus de 30 grammes ou 45 grammes, et c'est ici que le malade emploie des procédés astucieux pour se procurer sa drogue. Il nous dit, par exemple, que dans une grande pharmacie où il y a plusieurs comptoirs et à la faveur d'un va-et-vient intense il s'adresse d'abord à l'employé du comptoir n° 1, puis une heure après à celui du n° 6, puis l'après-midi à celui du n° 3, etc. Ou bien il rentre dans une pharmacie quelques minutes avant midi et attend qu'à midi l'employé soit relevé et s'adresse aussitôt au nouvel employé qui reprend son service. Les pharmaciens de banlieue et de province n'ayant pas beaucoup de personnel, le malade va lui-même acheter la drogue, puis craignant d'être reconnu, moyennant un petit pourboire il envoie un gamin ou une autre personne en acheter une nouvelle provision.

Le malade ne s'adresse pas toujours aux mêmes pharmaciens, il espaces, il laisse plusieurs jours, puis il change.

Le parégorisme ne constitue évidemment pas un danger social comme le morphinisme ou le cocaïnisme ; il mérite cependant d'être connu car les observations s'en multiplient depuis quelques années.

Incontinence mentale sénile et réactions mystificatrices de défense de l'entourage

par M. Paul COURBON

La malade qui est l'objet de cette communication a été transférée de mon service d'indigentes, dans une maison de santé plus en rapport avec sa situation sociale. Je n'ai donc pas pu l'amener devant vous. Mais son absence n'a pas une bien grande importance, car le syndrome actuel d'excitation intellectuelle sénile avec dysmnésie et idées de persécution qu'elle présente est banal. Ce qui est intéressant, c'est le syndrome qu'elle a présenté pendant une dizaine d'années, syndrome avant-coureur de la démence sénile, syndrome qui n'a pas été décrit à ma connaissance, bien qu'il existe fréquemment chez beaucoup de vieillards et auquel on peut donner le nom d'« incontinence mentale sénile ».

Cette incontinence mentale sénile consiste dans l'instantanéité avec laquelle le sujet passe de l'idée ou du sentiment à l'acte, comme s'il avait perdu le temps de la réflexion. Il dit et fait immédiatement tout ce qui lui passe par la tête, quitte à le regretter après. Cela aboutit à une conduite nullement délirante, mais contradictoire, incohérente ou mieux irréfléchie ; conduite qui est facilement endiguée par l'affection de l'entourage quand le vieillard vit au foyer de ses enfants, mais conduite qui attire au vieillard l'hostilité d'autrui quand il est abandonné à lui-même.

Il s'agit d'une femme internée d'office à la demande du commissaire de police de son quartier à l'âge de 72 ans, étant en état d'excitation intellectuelle sénile avec idées de persécution. J'ai pu reconstituer son passé pathologique non seulement à l'aide de ses dires, de

ceux de sa famille et des données de l'enquête, mais encore à l'aide des renseignements très sûrs que j'ai eus par une personne de ma connaissance qui depuis des années la fréquente journellement, déjeunant à la même table qu'elle au restaurant.

Riche héritière, mariée à un opulent financier, ayant mené l'existence frivole d'une mondaine soucieuse uniquement d'élegance, elle se trouva brusquement veuve à l'âge de 60 ans, avec une fille dont commençaient à apparaître les troubles mentaux de la démence précoce qui exigea finalement son internement.

Autant qu'affligée par cette mort, elle fut désemparée par la nécessité d'improviser la direction de sa maison. D'une part peu méfiante et peu patiente, d'autre part assez spirituelle, elle demanda à droite et à gauche des conseils qu'elle recevait avec ironie, même quand elle les suivait, blessant inutilement ses bienfaiteurs.

La maison marcha assez bien tant que les anciens domestiques y restèrent. Mais à la longue, excédés par le tatillonage de sa surveillance et par les progrès de son avarice, ils la quittèrent tous. C'étaient des ordres et des contre-ordres ; des compliments et des blâmes aussi outrés les uns que les autres ; des reproches parce qu'on gaspillait trop de lumière, trop de chauffage, trop de pain ; c'étaient des discours sur la déchéance des mœurs d'après-guerre ; etc. Les nouveaux domestiques ne restèrent que quelques mois, puis que quelques semaines, enfin depuis 3 ans, aucune bonne n'est restée plus d'une heure. Dès qu'elle a paru dans l'appartement, elle déclare que ça ne fera pas l'affaire. Cela, dit la patronne, parce que les concierges montent la tête à tout le monde contre elle. Aussi depuis cette époque vit-elle au restaurant à midi, faisant seule son ménage, son petit déjeuner et le repas du soir.

Avec les concierges elle est depuis des années sur le pied de guerre. Ce sont des gens insolents, explique-t-elle, qui n'ont jamais accepté les leçons méritées

qu'elle leur donna. Ils ne montaient pas son courrier à l'heure, ils lisaien son journal avant elle ; ils faisaient mal les commissions dont elle les chargeait. Ils ne gagnaient pas l'argent que leur paye le propriétaire. Ils disaient aux visiteurs qu'elle était sortie quand elle y était. Ils éteignaient la minuterie quand elle rentrait la nuit. Ils l'injuriaient carrément. Elle a essayé de les prendre de toutes les façons : en diminuant les pourboires, en les augmentant, en leur parlant gentiment et finalement en supprimant toute gratification et en les menaçant. Rien n'y a fait. Depuis plusieurs années elle en est réduite à donner pour adresse celle de l'immeuble voisin dont les concierges ont pitié d'elle et chez qui elle va chercher sa correspondance et ses colis.

Avec les fournisseurs elle a depuis des années les mêmes démêlés qu'avec les domestiques parce qu'ils vendent trop cher, parce que les marchandises sont moins fraîches, parce que celui-ci devrait faire comme celui-là, etc.

Avec ses amis et parents elle eut la même conduite fatigante, à la fois implorante et agressive. Elle venait les voir pour demander service ou pour ne rien demander du tout, pour passer le temps parce qu'elle les aimait. Elle était pleine d'amabilités mais ne retenait jamais sa langue pour faire une réflexion malicieuse ou même malveillante si l'occasion se présentait. Elle venait à n'importe quelle heure, quand l'envie la prenait, pour voir le progrès de l'instruction des enfants, une toilette nouvelle, s'éternisait ou partait brusquement, parlait ou s'endormait. Les uns se sont brouillés, les autres l'ont fuie, d'autres ont eu pitié, ont été patients et lui sont venus en aide de leurs conseils qu'elle a fréquemment écoutés pour son plus grand bien.

Avec le gérant de l'immeuble elle eut d'homériques rencontres, pour des réparations, pour la construction d'un ascenseur, pour la concierge, pour les paiements. Elle le relançait dans son bureau, ou dans la rue, si

bien qu'il courait pour lui échapper. Elle se vantait de l'avoir irrémédiablement blessé un jour qu'il lui donnait tort, par cette réplique « vous vous croyez à la barre, maître », faisant allusion à un lointain échec à la licence en droit dont le pauvre homme ambitieux d'être avocat, ne s'était jamais consolé.

Avec le représentant des postes et téléphone venu à sa demande inspecter chez elle, elle se brouilla parce qu'elle le traita d'incapable, puisqu'il ne savait pas ce qui se passait dans son service.

Aux commissaires de police du quartier elle adressa de nombreuses plaintes et fit de nombreuses visites. Celles-ci d'abord courtoises changèrent de caractère, quand elle refusa de signer la lettre où elle déclarait supposer que ses concierges étaient ses mystificateurs. « Non, je ne signerai pas, mon mari m'a bien recommandé de ne jamais signer. Vous ne connaissez pas votre métier, M. le Commissaire. C'est à vous de faire l'enquête et vous voudriez que ce soit moi. »

Avec les médecins qui la soignèrent ou qui soignèrent sa fille elle fut également tatillonne, importune, avare ; ne cessant de leur téléphoner ou d'assiéger leurs cabinets pour avoir des précisions, faire des excuses, demander des réductions, exprimer son indignation.

Dans la maison de santé où sa fille est internée, ses visites sont redoutées. Elle appelle la surveillante Mme Michel, parce que celle-ci lui reproche de laisser partir le chat, en ne fermant pas les portes. Quand elle se croit seule dans une pièce, pour se dispenser d'aller aux water-closets, elle urine dans le calorifère, disant ensuite que c'est le chat qui est le coupable. Plusieurs fois par jour elle téléphone pour avoir des nouvelles de son enfant, suggérer des procédés de traitement.

Avec les voisins elle eut des scènes inénarrables, surtout quand sa fille démente non internée vivait avec elle. Tantôt elle s'excusait auprès d'eux ; tantôt elle les invectivait suivant qu'elle se croyait ou non dans son

droit. Elle appela comtesse des Loges une comtesse qui, ayant protesté que tel n'était pas son nom, s'attira cette riposte : « Comme vous prenez vos inspirations chez la concierge, je croyais que de là vous venait votre noblesse. »

Au restaurant sa conduite était toute autre pour l'unique raison qu'elle n'y était jamais seule. Elle y rencontraient l'amie dont elle subit l'heureuse influence. Par docilité pour celle-ci elle réfrénait les saillies qui lui venaient à l'esprit sur l'insuffisance d'un plat, sur l'imperfection du service, sur la tête du garçon et de la caissière. Elle se contentait de confier ses réflexions à son amie. Aussi, malgré son excessive sobriété, était-elle conservée depuis plus de 3 ans comme cliente.

En somme cette existence tracassée et encore plus tracassante, n'eut pendant des années rien de délirant. Certaines personnes comme cette amie, et une cousine, possédaient l'art de l'apaiser. Mais la plupart des gens n'eurent pas leur patience ni leur bienveillance. Parmi ceux-ci il en est un ou plusieurs qui réagirent par la mystification.

Cette réaction mystificatrice dura pendant plusieurs années et ne se manifesta que par intermittence parfois à de très longs intervalles.

Elle reçut des lettres anonymes, déjà avant l'internement de sa fille, lettres grossières et ordurières où on la menaçait des pires attaques, où on les traitait de vaches, de cocaïnomanes, de lesbiennes, où on leur annonçait qu'on les ferait enfermer comme folles, sa fille et elle, où on lui souhaitait de crever avec son argent. Ces lettres elle les a montrées à ses amies et déposées entre les mains du commissaire de police qui a fait une enquête restée vaine.

Elle fut à diverses reprises injuriée au téléphone et avec beaucoup d'adresse, puisque jamais elle ne le fut quand elle avait des amis dans son appartement. Et ce ne furent pas là des hallucinations, car une demoiselle

du téléphone entendit ces injures et un inspecteur fut envoyé chez elle. Elle suppose que les coupables étaient les concierges ou les voisins pour ne jamais téléphoner que lorsqu'elle était seule au logis, afin que ses plaintes parussent imaginaires et la fissent passer pour folle.

On lui envoya plusieurs fois chez ses amis les concierges de l'immeuble voisin des marchandises qu'elle n'avait pas commandées. Cela jamais en quantités excessives : un kilo de légumes ou de pâtisseries, un sac ou des fournitures de couture. Cela provenait toujours de maisons où elle ne se servait jamais.

Tous ces actes de mystification elle les interprétait avec une certaine vraisemblance, comme des manœuvres destinées par ses ennemis à la faire passer comme hallucinée et privée de mémoire aux yeux des gens à qui elle les rapportait. Au moment où ils se produisaient et tant qu'ils duraient, elle était dans une émotivité extrême. Elle continuait néanmoins à s'occuper seule de sa fortune.

A la longue un élément paranoïaque de plus en plus net apparut dans sa conduite, en même temps que la mémoire diminuait un peu. Et l'on dut l'interner à cause de sa turbulence et de ses idées de persécution. Mais il est certain que pendant plus de 7 ans, elle fut tracassière non par méfiance, mais uniquement par incapacité de retenir sa langue et ses gestes, disant et faisant immédiatement ce qui lui venait à l'esprit, le regrettant souvent mais trop tard. Ce fut sur le domaine de la gestion de ses biens qu'elle conserva le plus long-temps sa maîtrise d'elle-même, grâce à son avarice.

CONCLUSION. — De cette observation je retiendrai 3 remarques d'ordre clinique, social et interpsychologique.

1° Cliniquement : Ce cas rapproché de divers autres que je me propose d'envisager avec plus de détails dans un article consacré à cette particularité de la

mentalité sénile, permet de décrire comme un des signes initiaux de l'involution mentale sénile : l'instan-tanéité avec laquelle l'acte suit la conception, instan-tanéité qui préexiste à l'affaiblissement de la mémoire et du jugement.

Pour désigner cette irréflexion de la conduite du vieillard, son incapacité de maîtriser ses émotions, de réfréner l'expression de ses sentiments, de retarder le soulagement de ses besoins, de surseoir à la satisfaction de ses envies, le terme d'incontinence mentale me paraît meilleur que celui d'impulsivité. En effet il s'agit d'un individu dont le potentiel d'activité est diminué et chez qui c'est davantage le manque de frein, que l'excès d'excitabilité qui est à incriminer.

2° Au point de vue social. L'incontinence mentale sénile sans trouble du jugement ni de la mémoire est d'autant plus fâcheuse que celui qui en est atteint est plus livré à lui-même. Elle passe inaperçue chez le vieillard qui vit au foyer de ses enfants. Elle est désas-treuse chez le vieillard sans parent ni ami.

De même qu'il y a une enfance abandonnée, il y a une vieillesse abandonnée que la société doit prendre à sa charge.

3° Au point de vue de l'interpsychologie morbide de Dupré ; c'est-à-dire au point de vue de l'interréaction des individus psychopathes et normaux, la mystifica-tion se révèle ici comme un moyen de défense du nor-mal contre le pathologique. Il semble bien en effet que le mystificateur, d'abord tracassé par la maladie, ait eu pour but d'obtenir sa tranquillité soit en intimidant la malade par ses menaces, soit en provoquant son internement en la faisant passer pour une hallucinée.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
Paul GUIRAUD, MINKOWSKI.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Grossesse et syndrome parkinsonien post-encéphalitique, par le Dr R. HERMANDEZ-RAMIREZ. (*La Semana Médica*, 19 décembre 1929).

La transmission de l'E.E. de la mère au fœtus a fait l'objet de nombreux travaux. Dans les formes graves, la grossesse intervient comme une circonstance aggravante. Quand l'enfant naît normalement, il semble qu'il peut contracter l'E.E., contaminé soit par la salive, soit par le lait maternels. Le Dr R.-H. Ramirez publie cependant le cas, longuement observé, d'un enfant, né d'une femme atteinte de syndrome parkinsonien post-encéphalitique, avec obésité secondaire, élevé au sein exclusivement, et n'ayant présenté, dans sa première enfance, aucun signe d'infection cérébrale. Plus tard, il devint d'un caractère difficile, présenta des crises convulsives. Les observations semblables posent la question de la contamination possible intra-utérine et celle de la contagion mentale, chez des individus sensibilisés et particulièrement fragiles, du fait des conditions anormales de la gestation. Il est nécessaire de séparer la mère et l'enfant.

P. CARRETTE.

PSYCHIATRIE

Sur les états crépusculaires, par le Dr RAMON REY ARLID. (*Arch. de Med. Cir. y Esp.*, Madrid, 4 janvier 1930).

Il convient de ne pas les confondre avec la confusion mentale. Leur caractéristique est de permettre l'accomplissement d'actes logiques, malgré les troubles de la conscience, et de débuter comme de cesser brusquement. Les 6 cas observés par l'auteur ne ressortissent pas tous à l'épilepsie ; 3, du

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Juin 1930.

5. 5

moins, peuvent y être rattachés. Le Dr R. Arlid en sépare nettement les autres ; sans être affirmatif à leur sujet, il estime que le problème anatomo-pathologique se rapportant à l'existence de centres végétatifs bulbaires, dont l'intégrité est en rapport avec « la clarté normale de la conscience », ouvre peut-être la voie d'une explication pathogénique.

P. CARRETTE.

THERAPEUTIQUE

Nouvel agent de pyrétothérapie, le Treponema Hispanicum et son application pour le traitement des maladies nerveuses et mentales, par le Dr ISIDRO MAS DE AYALA. (La Semana Médica, 20 mars 1930).

La thérapeutique par les fièvres a été appliquée dès l'antiquité. L'aphorisme hippocratique : *febris ascendem spasmos solvet*, est fréquemment vérifié. L'auteur rappelle que les médecins de Louis XI conseillaient au roi de s'exposer à la contagion du paludisme pour se libérer des crises d'épilepsie. A la fin du siècle dernier, Marandon de Montyel, Wagner von Jauregg, Legrain, et d'autres psychiatres, ont remis en vogue la pyrétothérapie.

L'agent infectieux dont le Dr Mas de Ayala a étudié les effets est le Treponema Hispanicum, décrit par Sadi de Buen et Brumpt. Il provoque une fièvre récurrente bénigne, à accès longs de 3 ou 4 jours, qui cède généralement spontanément après le 4^e accès, mais qui est curable à volonté par le salvarsan, même à doses faibles. Cette fièvre n'aurait pas le pouvoir déprimant et anémiant de la malaria. Elle présenterait sur la fièvre récurrente due au spirille d'Obermeyer, l'avantage de n'être pas contagieuse, et sur celle du Treponema Duttoni, celui de ne pas provoquer d'accidents généraux graves, voire mortels.

L'auteur a publié les résultats favorables de son traitement dans la démence précoce et la paralysie générale d'abord, puis dans l'encéphalite épidémique et l'épilepsie.

P. CARRETTE.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XV^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris, les lundi 26, mardi 27, mercredi 28 mai 1930

Dans la salle de conférence de l'Institut médico-légal, s'est tenu le XV^e Congrès français de médecine légale, sous la présidence du professeur agrégé Dervieux, assisté comme vice-présidents, de MM. Cavalié, Fribourg-Blanc et Marcel Héger.

Le docteur Dervieux, dans son discours présidentiel, montra l'importance grandissante que prend aujourd'hui la médecine légale à mesure que se multiplient les méthodes tirées de la biologie et de la chimie, et à mesure aussi que s'élabore l'organisation des lois sociales.

« Aujourd'hui, nous devons appliquer la physique et la chimie à nos recherches, et il importe, avant toute chose, que nous soyons des biologistes avertis. Les problèmes angoissants que pose l'étude des tâches sont, une affaire récente l'a démontré, des questions infiniment délicates qu'on ne saurait poser qu'à des spécialistes avertis.

« Des préoccupations d'ordre plus général nous assaillent. Nous sommes les collaborateurs quotidiens de ceux qui sont chargés de l'application des lois sociales. Nos expertises ont aidé à fixer la jurisprudence de la loi déjà ancienne sur les accidents du travail.

« La loi sur les maladies professionnelles n'englobe jusqu'ici que deux d'entre elles : le saturnisme et l'hydrargyrisme. Nous savons que ce n'est là qu'un début, que la loi subira progressivement des extensions, celles-ci étant amorcées par l'obligation imposée aux médecins de déclarer un certain nombre de maladies professionnelles.

« La loi des pensions nous a particulièrement intéressés. Que nous soyons juges aux tribunaux des pensions, que

nous fassions des expertises ordonnées par ces tribunaux ou par les cours régionales, nous avons à remplir un rôle d'arbitre.

« Un avenir tout prochain engagera le corps médical sur la voie redoutable des assurances sociales. Je n'ai pas à envisager ici ce que sera le rôle des praticiens, mais je dois prévoir avec vous, mes chers collègues, que les médecins-légistes devront fréquemment intervenir dans les conflits inévitables qui ne pourront être tranchés qu'au moyen des expertises médicales.

« Le champ de notre activité s'étend ainsi de jour en jour dans tous les domaines. Le médecin-légiste n'est plus un savant confiné dans les recherches d'une spécialisation étroite, il devient un médecin social mêlé à l'existence de ses confrères praticiens, mêlé à l'existence la plus intime de la nation.

Rapports

« MM. Héger Gilbert, Laignel-Lavastine et de Laet ont étudié les principales causes de la mort subite médico-légale, dans un rapport extrêmement fourni, pour l'élaboration duquel ils bénéficièrent de la collaboration d'un certain nombre d'auteurs particulièrement compétents. On se rappelle que la première partie de cet important travail a été discutée au Congrès de médecine légale de l'année dernière. Cette année, la mort subite fut spécialement étudiée dans les affections obstétricales, gynécologiques, génito-urinaires, ainsi que dans les syndromes diathésiques, les maladies infectieuses et les maladies infantiles.

LE TRAUMATISME ET L'OSTÉOMYÉLITE

« Sur le rôle du traumatisme dans le développement des foyers d'ostéomyélite, MM. Leroy et Müller ont présenté un rapport très documenté dans lequel ils ont conclu qu'un traumatisme est capable de conditionner l'apparition d'ostéomyélites ouvertes et fermées.

LA CRIMINALITÉ MYSTIQUE

« L'étude de la criminalité mystique dans les sociétés modernes a fait l'objet d'un très intéressant travail de M. Costedoat, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Après une étude minutieuse, étayée de documents nombreux, des réactions antisociales qui ont pu s'observer, à travers l'histoire, dans le domaine des croyances religieuses ou para-religieuses,

l'auteur montre, en matière de conclusion, dans quel sens l'évolution des mœurs a modifié de nos jours les manifestations de cette criminalité mystique.

« Les criminels mystiques, dit-il, se sont transformés. Les crimes d'aliénés ne se teintent plus guère, il est vrai, d'idées délirantes mystiques, mais persécutés et influencés, n'ont abandonné démons et sortilèges que pour les nouveautés scientifiques : téléphone, électricité, télégraphie sans fil. De même, si les mères mélancoliques tuent moins leurs enfants pour en faire des anges, elles ne les tuent pas moins pour leur éviter les souffrances terrestres. Les guérisseurs sont moins purement para-religieux ; mais ils invoquent dans leurs discours les fluides, les radiations ; ils vendent autant de ceintures électriques ou radioactives que de talismans. Quant à la criminalité de secte, elle s'est muée en criminalité politique avouée.

« Il est clair que si les crimes d'aspect mystique ont diminué au cours du siècle dernier, cela tient à la transformation, conforme à l'évolution des idées, de leur aspect mystique en un autre, politique et social souvent ; cela tient surtout à l'attitude des législations à leur égard, car, beaucoup plus averties, elles voient des maladies à prévenir, des contagions à limiter, là où l'on punissait autrefois des crimes ou des actions du démon. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 19 mai 1930

Un cas d'encéphalite psychosique rhumatismale, par MM. TOULOUSE, A. COURTOIS et H. PICHARD. — Chez un homme de 39 ans, sans antécédents psychopathiques au cours d'une seconde crise rhumatismale articulaire aiguë, évoluant depuis 3 mois, hausse brusque de température sans phénomènes articulaires ou cardiaques nouveaux. Confusion mentale légère avec anxiété intense, tentatives panophobiques de fuite et de suicide, hallucinations auditives, rares visions oniriques initiales. Disparition rapide de l'état anxieux par le traitement salicylé. Les hallucinations persistent. A signaler que le malade faisait des excès alcooliques réguliers et qu'il avait présenté un ictère franc au 2^e mois de sa crise rhumatismale. Les auteurs rapportent les troubles observés à une atteinte infectieuse du cerveau, à une encéphalite d'origine rhumatismale, qu'ils rapprochent de formes — idiopathiques ou symptomatiques — décrites sous le nom d'encéphalites psychosiques.

Délire collectif et manifestations pithiatiques dans une famille de débiles, par MM. M. CARON et G. FAIL. — Présentation de trois malades offrant un exemple typique de délire collectif. Il s'agit d'une famille dans laquelle la mère est la délirante active, renouvelant ses manifestations délirantes et alimentant le délire qu'elle a provoqué chez son mari et son fils. Tous trois sont des débiles prédisposés par des tares organiques (3 enfants vivants sur 11 grossesses de la mère). L'apparition intermittente, chez les co-délirants passifs, de manifestations pithiatiques (crises d'aphonie) souligne le rôle de la suggestibilité et de l'imitation dans le mécanisme psychologique de leur délire.

Apparition soudaine d'une psychose au cours d'un traitement antisiphilitique, par M. Paul COURBON. — Discussion de l'étiologie et des indications thérapeutiques du cas suivant :

une Martiniquaise, enfant naturelle, atteinte à 38 ans de kératite hérédo-syphilitique, traitée depuis 10 mois par des injections de mercure, d'arsenic et de bismuth, présente brusquement un délire d'hypocondrie, suivi de négativisme avec sitiophobie et mutisme. Si le rôle étiologique appartient à la syphilis, il faut intensifier le traitement antisyphilitique : si le délire résulte du traitement anti-spécifique, il faut suspendre ce dernier ; s'il appartient au déséquilibre constitutionnel, il faut continuer à traiter la kératite comme auparavant.

Délire de négation survenu chez une paralytique générale à la suite de la malariathérapie, par MM. LEROY MEDAKOVITCH et MASQUIN. — Il s'agit d'une paralytique générale qui, à la suite de malariathérapie, fait un syndrome d'idées de négation. Ces cas sont exceptionnels ; Targowla en a rapporté une observation au Congrès d'Anvers.

Gomme sous-cutanée de la jambe gauche, survenue chez une paralytique générale à la suite de la malariathérapie, par MM. LEROY et MEDAKOVITCH. — Paralytique générale avec gomme cutanée de la jambe, apparue consécutivement à la malariathérapie. On sait combien les accidents tertiaires de la peau sont exceptionnels dans la méningo-encéphalite. Ces apparitions de gommes sous l'influence de l'impaludation montrent la transformation de la paralysie générale, en manifestations syphilitiques plus bénignes. Elles éclairent en partie le mécanisme d'action du traitement.

L. MARCHAND.

VARIÉTÉS

NOMINATION

M. le Dr Pierre COMBEMALE, médecin des Asiles, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, est nommé médecin-chef de service de l'Asile Autonome de Bailleul (Lille)

VACANCE DE POSTE

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé d'aliénés de St-Jean-de-Dieu, à Lyon (Rhône), faisant fonction d'asile public pour le département de la Loire (par suite du décès de M. le Dr Henri Carrier).

NECROLOGIE

Nous avons le regret d'apprendre le décès, dans sa 39^e année, du docteur Pierre AGASSE, à St-Pé-d'Ardet (Haute-Garonne) ;

de M. le Dr Henri CARRIER, médecin de l'asile de St-Jean-de-Dieu à Lyon ;

et du docteur GUYOT, ancien médecin-directeur de l'Asile de Châlons-sur-Marne.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 40.577

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

*Le Congrès des Médecins Aliénistes**et Neurologistes de Lille*(XXXIV^e session 21-26 juillet 1930)

La 34^e session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et de langue française s'est tenu à Lille du 21 au 26 juillet sous la présidence du docteur Abadie, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, assisté du Docteur Pactet, médecin honoraire des asiles de la Seine, comme vice-président.

Le temps ne la favorisa guère, laissant la pluie s'acharner pendant toute sa durée. Il débute sur le triste souvenir du décès des deux présidents de l'an dernier : notre cher Lalanne, le joyeux boute-

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Juillet 1930. 1. 6

en-train de tant de réunions, le précieux ami toujours en quête de dévouement pour ses collègues, et qui n'avait de bonheur que dans le contentement des autres, et Gimeno-Riera de qui l'accueil si cordial à Barcelone avait gagné toutes nos sympathies. Heureusement l'aménité rayonnante et subtile du président Abadie était là pour combattre cette mélancolique atmosphère. Sa constitution « Philin-tique », destructive de tout germe de pessimisme autour d'elle, est de taille à redresser les défaillances de la constitution « Arganique » que son discours d'ouverture sur l'hypocondrie décrivit si finement. Et le suivre partout, même sous les cataractes célestes, fut un plaisir.

D'ailleurs les secrétaires généraux, René Charpen-tier et Pierre Combemale, avaient très bien organisé la session. Pendant qu'ils étaient retenus aux séances scientifiques, les dames Combemale, mère et fille, avaient bien voulu se charger des membres associés et leur montrer les curiosités régionales. Aussi chacun fut-il enchanté du voyage.

**

LILLE. — Ville industrielle et plate, accueillante et gaie néanmoins, avec d'une part des faubourgs charbonneux, grouillants d'ouvriers et retentissants de sirènes, d'autre part d'opulents quartiers où, vastes comme des casernes et orgueilleuses comme des palais, les habitations des patrons se succèdent le long de larges avenues : telle est l'impression première que donne Lille. Elle est vraie, mais injurieusement sommaire. Bien d'autres nuances caractérisent la capitale de la Flandre française.

La grand'place, avec sa ceinture de cafés moder-

nes et de confortables brasseries, est le foyer de l'activité. Autour de sa colonne cannelée qui élève trop haut la statue de la cité, se croisent les tramways, stationnent les fiacres et les autos, foisonnent les plantes et les bouquets du marché aux fleurs. D'étroites maisons à toits escarpés et gris limitent depuis trois siècles son quadrilatère. L'une d'elles éclipse les autres de sa masse carrée. Cette ancienne Bourse affiche avec un légitime orgueil deux étages de sculptures pompeuses sur la pierre qui encadre ses briques noircies : frontons courbes ou brisés, lourdes cariatides copieusement dévêtuës, piliers à bossages, guirlandes et bustes encadrent luxueusement ses fenêtres. Avec lésinerie elle installe de triviales boutiques dans son rez-de-chaussée, et sa toiture plantée d'un lanternon et flanquée de lucarnes, elle la crève d'informes tuyaux de cheminées dont une mesure aurait honte : assemblage qui pense concilier l'aspiration esthétique et le sans-gêne ! On dirait d'un costume de gala aux riches chamarrures, avec un bicorne cabossé à plu-met et des chaussons.

D'autres monuments, quoique moins beaux, sont pleins d'intérêt : des églises comme St-Maurice, encore meurtries des bombes allemandes, ont des nefs et des flèches gothiques. Certaines, comme la Madeleine, soulèvent de lourdes coupoles. Saint-Etienne superpose des portiques antiques à son entrée. St-André a une tour. Des portes militaires dont une en arc de triomphe rappellent les combats d'autrefois. Le long du mur des Fusillés, Desruelles a représenté avec une émouvante simplicité les patriotes martyrs de 1916. Les restes d'un château ducal de la fin du moyen âge ravalé au rang d'entre-pôt, un théâtre moderne à coupe Louis XVI, avec

cocarde au fronton, une Bourse moderne également flamande par le jet de son altier beffroi et les percées de ses fenêtres, etc. C'est assez pour distraire la curiosité artistique de l'étranger, mais c'est insuffisant pour la satisfaire. Plusieurs de ces édifices sont inachevés. Beaucoup sont des pastiches anachroniques. Il leur manque d'avoir vécu une histoire. Tant qu'elle n'était que châtellenie, alors par exemple que Gauthier de Châtillon dont le nom désigne la rue où siégea le Congrès, écrivait ses poèmes latins, Lille n'attirait guère que les artistes. Puis, quand elle appartint aux ducs de Bourgogne, trop d'autres villes déjà florissantes absorbèrent l'effort de ces princes. Bien qu'il l'eût choisie pour résider, Philippe le Bon bâtissait ailleurs, à Dijon où il naquit et à Bruges où il mourut.

Depuis la fin du siècle dernier, la capitale du Nord s'emploie avec succès à combler les lacunes de son passé. Son université, ses conservatoires, ses laboratoires permettent sur place un enseignement encyclopédique. Son musée universellement célèbre par la possession de sa Tête de cire « belle comme la jeunesse et romanesque comme le mystère », dit Bourget, renferme, très intelligemment exposée, une collection complète de toutes les écoles de peinture.

Il est des quartiers pleins de charme archaïque. Des rues légèrement tortueuses entre des maisonnettes à deux étages et à combles, identiques de forme, mais distinctes par une moulure du crépit, sont restées ce qu'elles furent au temps des premiers carrosses. Animées et pas trop bruyantes autour du chantier délaissé de la future cathédrale, passant devant l'archiséculaire hospice Comtesse tout ratatiné, conduisant au canal bleu de la Basse-

Deule, montrant le péristyle à colonnes du Palais de Justice, elles ont refusé de troquer pour celui d'un éphémère politicien leurs noms pittoresques d'antan : de la Monnaie, du Chat-Bossu, des Pâtisiers, du Lion-d'Or, Grande-Chaussée.

Plus délicieux encore sont les environs de la citadelle de Vauban, qui se dissimule derrière un barrage de verdure. La route qui y mène sous ses ombrages a la splendeur de l'avenue d'un parc royal. Le gazon qui feutre ses bords est délicieusement velouté, et la rivière, ralentissant son cours, y prend la majesté d'un miroir d'eau. Où trouver plus vivant vestige de la guerre en dentelles ? C'est peut-être bien là que Louis XIV, assiégeant Lille par un été torride, avait planté sa tente et qu'il recevait chaque matin la provision de glace que, par déférence envers un souverain ennemi, le gouverneur espagnol lui envoyait des glacières de la place investie.

La galanterie de ces mœurs n'est plus de mode, mais la population, sous ses manières souvent rudes et lentes, est restée généreuse et empressée pour ses hôtes. Nous en avons appris quelque chose à toutes les plantureuses réceptions de la municipalité et des asiles. Les ripailles les jours de ducasse sont dignes de la plume d'un Froissart. Blonds géants et roses commères n'y sont manchots ni pour eux ni pour leurs invités.

Ils ont des plaisirs pacifiques : celui des arbalétriers qui rivalisent d'adresse au tir, et celui des « couloneux » qui font concourir les pigeons voyageurs. Ils en ont de cruels, comme ceux des « pinsonneux » qui crèvent les yeux aux pinsons pour amplifier la durée de leur chant et des « coqueleux »

qui arment les coqs d'éperons pour les faire se battre.

Amenés côte à côte dans des cages, les aveugles chanteurs échangent en roulades tout ce qu'ils ne peuvent se dire en oïillades et le dernier à se taire est le premier du concours.

Les gladiateurs amputés de la crête et des caroncules sont mis par couples face à face. D'un pas entravé, ils se précipitent aussitôt l'un contre l'autre. Sans cri ni geste de provocation, sans râle de rage ou de douleur, sans cocorico de victoire, les adversaires se lardent du bec et des pattes, tels deux ivrognes aphones, obtus et titubants qui, les deux mains embarrassées d'un couteau, se mordent et se poignardent en silence. Le vaincu est celui qui le premier s'arrête.

**

LES ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES DU NORD. — On vit la clinique et les deux asiles autonomes d'hommes et de femmes du département.

LA CLINIQUE PSYCHIATRIQUE DE LILLE. — Le professeur Raviart l'installa en 1911 dans le couvent d'Esquerme où il avait été de bon ton de faire élever ses filles.

Derrière la muraille d'enceinte, parmi les vieux arbres qui les couvrent, dans le parfum du verger qui les embaume, les bâtiments ont gardé leur caractère douillettement claustral. C'est là que sous l'indulgence sévérité des religieuses, grandirent en taille et en sagesse les demoiselles à cheveux longs qui devinrent les fécondes et robustes mères de famille dont les nombreux enfants

embrassent aujourd'hui la nuque rasée dans les somptueuses demeures des nouvelles avenues. C'est là que maintenant sous l'habile direction de nos confrères Raviart, Nayrac et Vullien les malades de l'esprit recouvrent la raison.

L'adaptation des lieux et des édifices a su concilier les exigences contradictoires de l'économie et de la thérapeutique. Pour toutes additions quelques blancs corridors ou de frêles galeries. Utilisation de tout ce qui existait et création de rien inutile. Le tape-à-l'œil est banni de partout ; mais tout fonctionne. Le laboratoire n'éblouit pas, mais on y fait toutes les recherches nécessaires, et l'hôpital possède toutes les installations requises pour le traitement moderne des psychoses, en cure libre et par l'internement.

A signaler comme originalité un dispositif réalisant ce que l'on peut appeler l'isolement en société : schématiquement c'est une caisse rectangulaire et sans couvercle, de la dimension du lit sur lequel on la renverse quand le malade est couché. Celui-ci est donc maintenu entre le matelas et le fond de la caisse où s'ouvre un guichet. Il peut se mouvoir et gesticuler à l'aise. Mais il ne peut pas quitter sa couche ni se mettre debout, sur elle. L'avantage est de permettre la surveillance constante qui est impossible dans une cellule et de ne pas épuiser la patience de l'infirmier qui a toujours des bornes.

De tous les moyens de contention c'est incontestablement le moins coercitif, mais c'en est un. Comme le disait le professeur Ley, l'idéal est de les supprimer. La réalisation de l'idéal coûte cher, ripostent nos confrères lillois et ce n'est pas avec les maigres salaires dont nous disposons que l'on

peut se procurer un personnel d'élite en nombre suffisant. Le succès obtenu à Esquerne avec cet appareil réussirait-il contre l'agitation ? Ce serait à voir, car à la Clinique de Lille il n'y a que des « troublés ». Cette absence du mot « agité » dans la terminologie locale n'est pas un oubli. Si j'en crois mon expérience de quelques mois passés à quelque trente kilomètres de là, à St-Venant, le tempérament flamand conserve des réactions modérées jusque dans la fureur.

La visite officielle de cette Clinique à laquelle je ne pus prendre part eut lieu le mardi après-midi. Elle fut suivie d'une collation exquise avec garden-party qui se prolongea très tard dans la nuit.

ARMENTIÈRES. — Il a été reconstruit depuis 1925 sur les fondations de son prédecesseur qui fut pulvérisé par les Allemands. L'asile s'efforce de se distinguer par une allure plus solennelle des usines et des abattoirs qui repoussèrent avec et autour de lui.

Ses pavillons à deux étages sont grands et prétentieux comme des hôtels de ville de Flandre, avec pignons à gradins sur la façade et les côtés. Des lucarnes percent fièrement l'ardoise en-dessous du faîte, et la brique des murs s'avive de la blancheur de modillons et de bandeaux de plâtre.

L'intérieur ne tient pas les promesses de l'extérieur. C'est que l'application des excellents principes qui inspirèrent l'architecte, n'a pas été surveillée par des psychiatres de profession. Un système pavillonnaire perd sa raison d'être, si chaque quartier s'encombre d'une centaine d'hospitalisés. Des boxes multipliés isolent si bien les aliénés, qu'ils les cachent à la surveillance. Des cloisons vitrées

sont des dangers. Un parloir à bancs fixés au sol, où les uns en face des autres, malades et parents sont contraints de s'asseoir en rangs d'oignons, ressemble encore plus à un pilori collectif qu'à un wagon de 3^e classe moderne.

Ce vague relent de caserne qu'on respire ici date peut-être de l'établissement initial. La congrégation des Bons Fieux se fonda en effet à Armentières en 1635 pour « prendre en pension des jeunes gens mis en correction et d'autres qui ont perdu l'esprit ». Ce n'est qu'en 1875 qu'il se transporta sur ce terrain en devenant exclusivement affecté aux aliénés.

Il reste encore à construire la partie du Service Ouvert.

Un vin d'honneur fut aimablement offert aux assistants.

Quand on repartit, l'après-midi du mercredi était si sombre, qu'il fallut allumer les lanternes à six heures. Sous les nuages de boue que des boursouflures de vent mêlaient à la suie des fumées, cette riche fourmilière d'usines qu'est la cité d'Armentières paraissait plus noire et plus lugubre qu'en arrivant.

BAILLEUL. -- Mis en miettes, lui aussi, avec sa fameuse galerie vitrée, la dernière année de la guerre, l'asile a ressuscité sur place entre les douanes belge et française, dans le même décor qu'autrefois. Comme jadis l'or des moissons frissonne tout autour dans la plaine, où les houblonières plantent de vertes hâchures et où les chemins et les rivières brodent des festons de peupliers et de saules. Comme jadis les collines bleutées se gonflent au septentrion, méritant plus que

jamais, par la gigantesque résistance qu'elles opposèrent à l'invasion, le nom de monts qu'on leur a donné.

Son architecture, harmonieusement nuancée, a une élégance féminine. La monotonie des pavillons est rompue, là, par la tonalité différente des briques, ici, par l'incisure du toit, ailleurs, par le décrochement d'un auvent, autre part, par l'avancée d'un pignon.

Le dedans est aussi clair, souriant et plein d'aisance que le dehors. Aucune critique à faire dans l'organisation de tout ; aucune, sauf la paradoxale installation du chauffage des chambres d'isolement au plafond. Les lois de la physique sont-elles l'inverse en Flandre de ce qu'elles sont ailleurs ? Ou bien est-ce là une installation prophylactique de l'agitation : terrassé de plus en plus par la chaleur au fur et à mesure qu'il se lève, le sujet reste béatement étendu sur le sol.

Le pensionnat ne se distingue guère, tellement le confort est général, que par la diaprure de son extérieur au soubassement à refends.

La construction n'est pas finie, mais rien ne manque pour le traitement des psychoses.

La cuisine est incomparable. Claire, aérée et fraîche, immense et voûtée comme un firmament, elle brise aux facettes du carrelage glauque dont elle est partout revêtue, le torrent de lumière qui la traverse par les arches vitrées de ses deux bouts. Ni vapeur, ni odeur, ni brasier, ni maitornes. Tout se cuit discrètement dans des cubes et des cylindres à reflets métalliques. Et quand nous passâmes devant ces beaux engins immaculés, une sœur, plus immaculée et plus belle encore

sous sa blanche guimpe et ses voiles noirs, les manipulait avec la grâce douce et lente des blondes filles du pays.

Quant à la petite ville, jadis carillonnante de maintes chapelles et cliquetante des fuseaux de ses dentellières, elle a relevé elle aussi ses maisons. La langue y est toujours flamande et le cœur toujours français, comme au temps des chambres de rhétorique où, en 1735, on mettait pour sujet de concours la traduction des tragédies de Racine en flamand.

**

EXCURSIONS. — Le soleil consentit à nous accompagner pour les faire.

Le samedi matin, pour gagner Bailleul, on passa par la Belgique, Warneton, Wytschaete, le Kemmel. La course fut trop rapide pour qu'on pût voir au delà de la paisible apparence des choses. Tout était si flambant neuf sur les hameaux, les guérets et les bosquets, qu'on n'y découvrait aucun tragique souvenir.

La veille on avait passé l'après-midi à travers les agglomérations minières de Lens et les anciens champs de bataille de la région.

Devant le labeur des vivants. — Les parages de Lens ne sont plus les lieux sales, poussiéreux et tristes que le rapide de Dunkerque était si lent à traverser autrefois. Plus rien n'évoque les charbonneuses masures, les hangars en ruine, les routes à fondrières gluantes, qui, dans *Germinal*, environnent le bâti en madriers où l'on monte pour descendre dans la fosse. La guerre, qui rasa tout, est la cause indirecte de cette transforma-

tion. Les terris, gigantesques cônes, formés par l'amoncellement des déchets de charbon, ne sont guère que les seuls vestiges du passé ; encore ne les voit-on qu'au loin du côté d'Auchy, car dans la concession de Lens on enfouit les détritus.

La reconstruction et l'organisation nouvelles ont, par la concentration de la force motrice en deux usines centrales, nettoyé l'air comme le bétonnage des chaussées a nettoyé le sol.

Les corons avec leurs jardinets, différenciés les uns des autres par la disposition des briques de la façade, n'ont presque plus l'air de caserne. Les clochers ont, eux aussi, des pointes différentes. Tantôt la brique, tantôt la tuile pour couverture. Les chevallements des puits portant sur des poutrelles métalliques leurs guérites vitrées bien au-dessus des beffrois et des églises, signalent les mines comme des cathédrales. Moins nombreuses que jadis, les cheminées d'usines, s'allongeant en plein ciel comme des égoûts en pleine mer, déversent leurs volutes dans les airs sans souiller le pays.

Le directeur de la Société et ses ingénieurs eurent l'amabilité et l'extrême patience de promener notre curiosité ignorante et de la satisfaire à travers les bâtiments et les engins. Machines, turbines, chaudières, moteurs, gazomètres, réservoirs, tous furent également impressionnantes pour la plupart d'entre nous, quelle que fût la simplicité ou l'énormité de leurs formes. Leur propreté méticuleuse et celle des locaux supprime toute distinction entre le bureau où le travailleur s'appelle employé et le chantier où il s'appelle ouvrier.

Les 8 heures de travail de la journée étant expirées, nous ne vîmes pas les mineurs à l'œuvre et

l'on ne descendit pas dans les fosses. Vainement, sous la mise correcte des gens rencontrés sur le pas de leur porte, on cherchait à dépister la casse du havreux qui taille les veines en se courbant, l'exténuation du herscheur qui remplit les berlines, l'effronterie des jeunes galibots, la gravité du porion que décrivit Zola.

Des explications simplifiées sur l'extraction du minerai et la fabrication du goudron, de l'ammoniaque, du benzol, nous furent très gentiment données. Ce qui fut le plus à la portée de notre incomptence fut le fonctionnement des hauts fourneaux. Ce sont d'épaisses armoires à panneaux latéraux mobiles, installées sur des plateformes. Une grue se déplaçant au-dessus d'elles entonne, par le gueulard de chacune, des centaines de kilos de charbon qui s'embrasent instantanément sous les jets d'air que des tuyaux de pompe introduisent par le bas. Puis les portes s'ouvrent sur cette galette incandescente, l'une donnant passage au pousoir qui la refoule vers l'autre, d'où elle s'éroule en flamboyant sur un wagonnet. Celui-ci emporte aussitôt ces monceaux ardents et grésillant sous la pluie drue d'un portique qui les éteint en sifflant, soufflant et fumant. Après ce baptême, le brasier infernal devenu coke est conduit dans des hangars.

Puis l'on parcourut quelques quartiers de ces cités ouvrières, modèles d'hygiène et même de confort. Environ 71 0/0 des ouvriers sont logés pour 134 fr. par an dans des maisons qui ont 4, 5 ou 6 pièces suivant le nombre d'enfants. Chaque maison a son jardin, sa cour pavée, sa buanderie, son poulailler, l'eau sous pression, l'électricité et le chauffage au charbon.

Ecoles, crèches, dispensaires, enseignement ménager, cours de coupe, cercles, théâtres, sont fort bien installés.

Le prix moyen de l'ouvrier est de 43 fr. 75, plus le charbon, et des allocations familiales. Il y a une cinquantaine d'années, il était de 3 fr. pour un havreux et de 2 fr. pour un herscheur, 1 fr. pour un galibot. La visite se termina par d'excellentes coupes de champagne que nous offrîrent le directeur et les ingénieurs de l'usine.

A la poursuite du souvenir des morts. — Les voitures s'acheminèrent ensuite vers la montagne de Notre-Dame de Lorette dont la lanterne des morts a d'ici l'aspect d'un chevallement.

Tout respire la santé, la paix et le bien-être. Les champs couverts d'opulentes moissons justifient la comparaison qu'en faisait Taine avec des manufactures de pain et de viande. Dans les bois, les arbres de 12 ans ont une taille adulte ; et si quelque ancêtre fracassé par les obus tend vers le ciel ses membres desséchés, les plantes parasites s'empressent d'étouffer la protestation de son geste sous les enroulements de leur ramure. Dans les villages, les cours de ferme regorgent de denrées et de bestiaux ; de gais paysans sont attablés dans les estaminets ; dans les prés se hâtent des moissonneuses dont quelques-unes parfois trop jolies pour rester campagnardes, comme celles que peignit Jules Breton.

La nature et l'homme conspirent pour oublier. A Souchez dont tout l'univers a gardé le douleuroux souvenir, les habitants l'ont si bien oublié que pour se distraire ils allaient voir le jour même, comme nous l'apprit l'affiche du cinéma, un

film intitulé « La douleur ». Serait-il possible d'ailleurs, de fixer ce qui fut ? Dans le bois de la Folie qu'ils repritrent à l'ennemi et qu'ils ont acheté depuis, les Canadiens par des maçonneries, prétendent éterniser le bouleversement des trous de mine et le tracé des tranchées. Mais l'effort est plus touchant que réussi.

La seule anomalie du paysage est dans les longues vagues de brouillard, immobilisées au ras du sol, qui s'échelonnent à perte de vue dans d'immenses enclos aux murs minces et bas. Elles se transforment quand on approche d'elles, en interminables rangées de suaires aux éclaboussures sanglantes ; et, en arrivant devant elles, on constate qu'elles sont de blanches rangées de croix ou de stèles, séparées par des rosiers sauvages.

La monotonie rigoureuse de ces tombes dont aucune n'a de trace distincte, et dont chacune ne porte qu'un nom d'homme et qu'un chiffre de régiment, est d'une émouvante grandeur. Nulle indication sur la naissance, le domicile, l'état civil, le rang social de ceux qui gisent là. Sans foyer, sans clocher, sans parent, sans métier, sans biens, sans âge, tous semblent n'avoir renoncé au mystère de leur isolement que pour souffrir et mourir ensemble, et n'avoir laissé d'autres traces de leur passage sur la terre que les caillots de leur sang figé aux branches des rosiers. Dans les cimetières français les alignements de croix blanches figurent les barrières contre l'envahisseur que furent les gisants quand ils étaient debout.

Dans les cimetières anglais dont quelque portique à colonne orne souvent l'entrée, des dalles de

pierre, plantées debout, remplacent les croix. On pense aux stèles des nécropoles de l'antique Athènes d'où nous vient le culte de la sépulture des guerriers. Patrocle gémissait à l'idée que ses os blanchiraient sans abri. Et l'on avait construit, nous dit Thucydide, au Céramique un monument pour les soldats inconnus. Mais c'est la grappe de romarin, bleue comme l'azur du ciel et non la branche saignante de roses que les Grecs, pour qui la mort n'était pas hideuse, mettaient dans la main des disparus.

Les cimetières allemands se dissimulent le plus souvent loin des grandes routes, derrière des rideaux de feuillages, comme d'inquiétantes réserves de chasse. Quand ils sont découverts, comme celui de la Maison-Blanche, leurs croix de bois noir leur donnent l'aspect de vols de corbeaux crucifiés sur le champ même du pillage. Elles se touchent, tellement elles sont serrées, derrière la banquette de terre grise et nue où personne ne fait pousser une fleur. Les assaillants sous leurs capotes feldgrau dont les plis se pénètrent, dorment coude à coude, comme ils marchaient aux attaques par masse.

Sur le plateau de Notre-Dame-de-Lorette dominant la plaine des Flandres et les collines de l'Artois, au milieu des vagues françaises, s'élève comme un phare la tour de l'Ossuaire ; dans la crypte, toujours éclairée, sont recueillis les restes qu'on ne put identifier. Ni nom ni chiffre sur ces cercueils que remplissent des éclats d'ossements. Ennemis et alliés enchevêtrés et épars reposent pêle-mêle, comme si leurs corps n'avaient pas eu de formes et comme si de l'humanité ils n'avaient

possédé que la volonté et la force de s'entre-détruire.

Du haut de la lanterne, par delà les années aujourd'hui révolues de la guerre que l'on a vécue, on voit surgir dans ce paysage aujourd'hui apaisé, les batailles qui y décidèrent du sort de la France et les héros dont on oublie le sacrifice parce qu'on ne partagea pas leurs angoisses ; les fantassins de Chanzy enveloppés de leur manteau gris à capuchon sous les neiges de Bapaume ; les mousquetaires à l'écharpe flottante de Condé dans la plaine de Lens ; les chevaliers bardés de fer et les milices couvertes du casaquin montant sous l'oriflamme de Philippe-Auguste vers Bouvines ; les cavaliers de Come l'Atrébate harcelant les légionnaires de César dans les forêts et les marais d'alentour.

A ces lointaines époques, les loups et les vautours faisaient disparaître les restes des carnages que nos cimetières éternisent désormais. C'est là la seule différence. Suffira-t-elle à garantir l'avenir ? Ou bien les fosses du calvaire où nous sommes devront-elles être toujours l'aboutissant de la peine de l'homme, dont nous admirions la maîtrise sur la nature, dans les chantiers où nous nous trouvions tout à l'heure ?

Pour seule réponse, les terris à l'horizon se haussent en pyramides. Mais aucun sphynx ne surgit ; et nul Œdipe ne vient nous déchiffrer l'éénigme de la destinée humaine (1).

Paul COURBON.

(1) Le compte rendu des travaux de la XXXIV^e session du Congrès paraîtra dans le numéro d'octobre des *Annales Médico-psychologiques*.

LES TROUBLES DU CARACTÈRE AU DÉBUT DE LA DÉMENCE PRÉCOCE

Par M. G. HEUYER et Mlle SERIN

INTRODUCTION

Nous donnons au mot : caractère, la signification suivante : disposition de nature affective, le plus souvent constitutionnelle et quelquefois acquise, qui règle les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur. Le critérium du caractère est donc essentiellement social, c'est-à-dire qu'il est fondé sur les rapports de l'individu avec son milieu. Il y a, au point de vue psychologique, identité entre la moralité et la sociabilité ; ainsi, nous pouvons dire que le caractère d'un individu règle essentiellement sa sociabilité.

Quand nous parlons de troubles du caractère, il s'agit surtout des troubles de nature affective qui se traduisent par une insociabilité soit à l'égard de la famille, soit à l'égard du milieu professionnel, soit à l'égard du reste de la société. Ainsi, les troubles du caractères, au début de la démence précoce, auront-ils pour marque distinctive, une insociabilité qui sera, dans le domaine affectif, la même manifestation de désadaptation au milieu que l'incapacité de suivre un raisonnement logique et coordonné, dans le domaine de l'intelligence, et l'impossibilité de mener une activité normalement adaptée, dans le domaine pragmatique.

En règle générale, le caractère d'un individu, ne change pas. Il est constitutionnel, c'est-à-dire qu'il se manifeste d'emblée, dès que, par ses gestes, sa mimique, ses propos, l'enfant est capable de manifester ses

réactions au milieu extérieur. Nous avons soutenu maintes fois, que le caractère d'un individu ne change pas plus que la couleur de ses yeux. Les tendances affectives ne se modifient nullement pendant toute la vie. Elles évoluent toujours dans le même sens, elles s'enrichissent d'éléments de même nature. Le caractère est l'essence même de la personnalité. Il est le produit des hérédités complexes des générations antérieures.

Pendant toute la vie du sujet, il régit l'activité, il dirige ses réactions au milieu. Constitutionnel, il ne se modifie pas. C'est du moins la règle générale quand ne surviennent pas certaines circonstances d'ordre pathologique qui peuvent accidentellement le modifier. Ces circonstances sont d'ailleurs très rares : ce peut être, une maladie infectieuse, comme l'encéphalite épidémique, un accident neurologique, comme les crises épileptiques ; dans la conception psychanalytique, un choc émotif, un traumatisme affectif, particulièrement dans l'enfance, seraient capables de modifier le caractère et d'orienter dans un certain sens toute la vie affective du sujet. Il est possible que, dans certaines circonstances, un choc émotif ait de semblables conséquences, mais cette transformation du caractère reste l'exception, et si l'émotion peut paraître responsable, c'est qu'elle agit comme un trouble d'ordre physiologique, c'est-à-dire, en somme, comme une cause organique.

Outre les causes précédentes, il est une maladie acquise au début de laquelle on peut voir apparaître les troubles du caractère, c'est la Démence Précoce.

Dans notre travail sur les voies d'entrée dans la Démence Précoce, l'un de nous, avec Mlle Badonnel et Bouyssou, a déjà insisté sur les modifications d'ordre affectif qui apparaissent vers la puberté et qui se traduisent par des troubles moraux et une incapacité progressive de s'adapter à la vie familiale ou sociale. C'est de l'ensemble de ce syndrome que nous désirons faire l'objet de cette étude.

HISTORIQUE

La notion de ces troubles du caractère prédominants est déjà ancienne. Kahlbaum (1890) a, le premier, bien vu ces cas. Il décrit cette forme sous le nom d'héboïdophrénie. Il insiste sur ce fait capital que l'affaiblissement psychique ne va jamais jusqu'à la déchéance intellectuelle profonde, et il montre la prédominance, dans le tableau clinique, des troubles du sens moral. Il spécifie qu'on ne saurait rattacher cette affection à la folie morale, mais il faut la rapprocher plutôt de l'hébéphrénie.

Diemm (1903) étudie longuement ces cas. Il cite l'opinion d'Evensen qui établit une analogie avec la folie morale, mais avec, cependant, une différence clinique qui a une grande valeur : « quand il s'agit de tourner une difficulté, le dément précoce n'a pas la souplesse du fou moral, ni son habileté à tirer profit d'une occasion, ni sa ténacité dans le but qu'il poursuit ».

Mlle Pascal, dans sa thèse sur la Démence Précoce (1907) parle des déments précoce fugueurs, vagabonds, des auto-dénonciateurs et des sursimulateurs.

Antheaume et Mignot (1907) dans leur Etude sur la période médico-légale prodromique de la démence précoce, rapportent trois observations personnelles de sujets chez qui la maladie avait débuté par une phase de délinquance ayant duré plusieurs années. Les troubles intellectuels n'apparurent que plus tard.

Halberstadt (1924) étudiant la période médico-légale de la démence précoce à forme simple, rapporte l'observation d'une jeune fille qui déroba, en plein jour, une paire de bas, et chez qui le fait d'avoir pu poser le diagnostic de démence précoce simple, sans automatisme mental, sans affaiblissement intellectuel marqué, a permis de faire arrêter les poursuites.

Guiraud (1927) dans une observation remarquable d'héboïdophrénie, a dégagé les caractéristiques suivantes :

- 1° l'automatisme morose, perte de la joie de vivre, isolement, claustrophobie, inquiétude hostile ;
- 2° des accès de demi-stupeur et d'excitation ;
- 3° résistance violente, négativisme : opposition brutale aveugle et sans raison à des actes sans importance, commandés par la discipline sociale ;
- 4° les occupations stériles stéréotypées ;
- 5° la lenteur motrice et la distraction par défaut d'intérêt pour l'activité courante.

Toutefois, l'observation de Guiraud présente ce caractère essentiel que les symptômes sont apparus dans la première enfance ; les tares héréditaires, en particulier l'héredo-syphilis, paraissent jouer un certain rôle. Il rattache cette forme précoce, insidieuse et fruste à l'héboïdophrénie. Il est certain que cette observation est d'un diagnostic particulièrement difficile avec la constitution perverse.

Capgras, Dupouy et Briau (1927) rapportent l'observation d'une jeune fille de 20 ans qui, après une période de troubles psychasthéniques, sans anxiété, a présenté des impulsions destructrices, une certaine hostilité et une attitude taquine. On note, en outre, un certain degré d'affaiblissement intellectuel. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'un cas d'héboïdophrénie.

Gelma et Folley (1927) rapportent plusieurs cas de schizophrénie avec troubles du caractère qui sont survenus chez des jeunes gens de 15 à 16 ans et chez lesquels les auteurs ont observé de longues périodes fébriles prémonitoires.

MM. Claude et Robin (1927) ont publié dans le « Concours Médical » une observation dans laquelle les troubles du caractère se manifestent surtout par des crises de violence et de menaces à l'égard de la mère. Cette malade avait été internée en 1928 avec le diagnostic de perversions instinctives. Ultérieurement, a paru un syndrome d'influence avec idées délirantes polymorphes et peu à peu se constitua une incontestable hébephénie.

Enfin, nous-mêmes, dans notre travail sur « les voies d'entrée dans la démence précoce », avons rapporté

quatre observations dans lesquelles les troubles du caractère sont apparus à l'âge de la puberté, se sont manifestés à l'égard des membres de la famille, et, enfin, ont prouvé leurs réactions anti-sociales par les tendances aux fugues, au vagabondage, au vol et aux violences contre les personnes.

SYMPTÔMES

Le symptôme essentiel est l'apparition des troubles du caractère à l'adolescence. La première partie de la vie du sujet, pendant son enfance et sa jeunesse, a été normale. L'enfant s'est bien comporté dans la famille et à l'école, mais vers l'âge de la puberté ou un peu plus tard, il y a une transformation dans la conduite de l'enfant à l'égard de sa famille et de son milieu social. Les troubles du caractère, à cette période, ont, en effet, des manifestations familiales et des manifestations sociales.

L'enfant qui était affectueux avec ses parents devient hostile, renfermé, refuse d'obéir aux conseils et aux ordres, et, quand on résiste à ses désirs subits, il s'emporte, devient violent et peut frapper. Quelquefois, son hostilité a, dans sa famille, un objet spécial, la mère ou le père, un frère ou une sœur. Ces troubles du caractère peuvent être si nettement localisés à la famille, les manifestations de haine peuvent s'adresser si spécialement aux parents, que le sujet prend tout à fait l'aspect d'un bourreau domestique selon le type que nous avons décrit. Sans cesse et sans raison, il harcèle, il menace, il s'irrite et il bat.

Souvent, à cette hostilité familiale, il ajoute des réactions anti-sociales. Il cesse de travailler, il devient instable. Quand il trouve une place, il est incapable de s'adapter à sa nouvelle profession, et sans raison, au bout de quelques heures ou de peu de jours, il quitte son patron. Généralement, d'ailleurs, il refuse de travailler, reste chez lui, inactif, ou fait de longues promenades sans but. Vagabond, il peut être arrêté et son indifférence est telle devant le Commissaire de Police ou le magis-

trat, qu'il peut être emprisonné ou condamné. Les fugues sont à répétition, elles durent quelques heures ou quelques jours. Elles ont toujours un caractère impulsif, imprévu, sans prémeditation, sans souci des moyens d'exécution et des conséquences, elles portent le plus souvent en elles une marque pathologique. Notre élève Néron en a rapporté plusieurs exemples dans sa thèse sur « Les enfants vagabonds (1928) ».

Le vol est une autre réaction qui a aussi ses éléments caractéristiques. Il est impulsif, irraisonné, c'est du vol à l'étalage. Il est rarement prémedité. Il est sans adresse dans l'exécution ou d'une adresse réduite au minimum et qui se borne simplement à constater l'absence d'un vendeur dans le magasin pour y pénétrer et aller droit à la caisse. Surtout, ces vols sont inutiles. Le sujet collectionne les objets les plus hétéroclites, sans souci de les vendre et d'en tirer profit. Quelquefois pourtant, il y a des vols avec effraction, des cambriolages à répétition et exécutés dans des conditions telles que leur adresse et les difficultés surmontées semblent une preuve de l'intelligence perverse du délinquant.

Enfin, les perversions sexuelles constituent aussi un élément fréquent de la délinquance, dans cette forme de début de la démence précoce : masturbation, prosélytisme, prostitution féminine ou masculine, toujours accomplis dans des conditions d'indifférence, de répétition, d'oubli le plus évident et le plus bizarre de la pudeur élémentaire.

En résumé, les éléments symptomatiques de ces troubles du caractère à manifestations familiales ou sociales sont les suivants :

1^o apparition relativement tardive déterminant un contraste avec la vie antérieure du sujet ;

2^o hostilité subite ou progressive à l'égard d'un membre de la famille que le sujet entourait naguère d'affection ;

3^o impulsivité imprévue et irraisonnée des réactions soit dans la résistance négative, soit dans la violence aggressive ;

4^o réactions anti-sociales en contradiction avec la

moralité antérieure du sujet. Caractère généralement impulsif, bizarre et inutile du délit.

En outre, ces troubles du caractère évoluent sur le fond habituel de discordance intellectuelle, affective, et pragmatique du dément précoce. La mémoire est excellente, mais les propos sont bizarres, le raisonnement incohérent, les affirmations stéréotypées et vides. Il y a conservation des techniques apprises par des moyens didactiques, mais une perte de l'initiative pragmatique. Il y a une dissociation intellectuelle et une activité désordonnée et incohérente, des sourires non motivés avec grimaces, une indifférence totale, un désordre de la tenue, un mépris de toutes les contingences sociales dont l'ensemble indique la dissociation mentale profonde du sujet.

OBSERVATIONS

Aline G..., 18 ans.

Antécédents héréditaires : Un frère de 22 ans, tuberculeux. Un autre de 14 ans, normal. Père mort tuberculeux à 44 ans. Mère nerveuse, hypochondriaque.

L'enfant est né à terme, normalement, a eu ses dents, parlé, marché, normalement. Mais à 18 mois, elle a eu des crises convulsives qui se sont reproduites à plusieurs reprises et ont tout à fait disparu vers la quatrième année.

A l'école de 2 à 13 ans, elle travaillait régulièrement, n'apprenait pas très bien. Elle n'a pas le certificat d'études. Jusqu'à 13 ans, Aline G... a été très douce, très affectueuse. A 13 ans, elle aurait été victime d'un attentat à la pudeur qui l'aurait très vivement impressionnée. Depuis, son caractère aurait changé, avec des alternatives de dépression et d'excitation. Elle devient rapidement si hostile, si indocile que ses parents ne peuvent la garder et la placent dans un service d'enfants anormaux à Dijon. Peu de temps avant son internement, elle vole deux casaquins dans un grand magasin.

Elle devient très menteuse, invente des histoires invraisemblables, annonce à plusieurs reprises des mariages tout à fait imaginaires.

Violente, surtout au moment de ses règles, elle a voulu à plusieurs reprises se jeter sur sa mère. Elle l'a menacée plusieurs fois de lui crever les yeux.

Très suggestible, elle a suivi à plusieurs reprises des passants, sur une simple invite.

Son activité est à peu près nulle ; elle travaille mal avec sa mère et d'une façon tout à fait irrégulière.

Au dispensaire, où on l'examine, on trouve une légère débilité intellectuelle (niveau mental : 11 ans) et une arriération scolaire de 2 à 3 ans. On note une discordance nette, de l'indifférence, de l'hostilité à l'égard de sa famille. Il semble qu'Aline G... ébauche des idées de persécution. Elle accuse sa mère de mettre du poison dans son café pour la rendre folle. Elle a eu quelques illusions visuelles, d'allure onirique.

Cet ensemble de symptômes permet de poser le diagnostic de démence précoce et motive le certificat d'internement que nous délivrons à la famille.

Obs. 2. — S... Pierre, 15 ans 1/2.

Antécédents héréditaires : Une tante paternelle a été internée. La mère a fait deux fausses-couches.

Le premier développement de l'enfant semble avoir été tout à fait normal. Sa scolarité a également été satisfaisante. Il a eu le certificat d'études à 12 ans 1/2 avec mention bien, est entré à 13 ans à l'Ecole industrielle d'Au-teuil où il donnait toute satisfaction, tant par son travail que par sa conduite. L'année suivante, il a refusé de revenir à l'école, sans donner aucun motif de ce refus et, depuis lors, il a commencé à manifester des troubles du caractère qui n'ont cessé de s'accentuer.

Peu affectueux, il est devenu tout à fait indifférent, ne parle plus du tout à ses parents. Son caractère est devenu irritable ; il est très grossier avec son père, répond par des menaces à la moindre observation. Un soir, son père lui faisant une réprimande très justifiée, il s'est jeté sur lui et a cherché à l'étrangler. Une autre fois, dans des circonstances analogues, il a essayé de le frapper avec une bouteille.

Son activité est à peu près nulle. Placé à plusieurs reprises chez divers patrons, il se fait renvoyer au bout de délais très courts (quatre à cinq jours) pour sa paresse. Maintenant, il reste couché toute la journée, ne s'habille même pas pour prendre ses repas.

Au Patronage, où il est mis en observation, on note de l'indifférence, un détachement complet, une inaffection marquée à l'égard de ses parents. Il se montre irritable, hostile, très opposant. On remarque des grimaces, des sou-

rires non motivés, tous signes qui permettent de poser le diagnostic de Démence Précoce. L'internement est conseillé, mais les parents ne l'ont pas accepté.

OBS. 3. — R... Marcel, 17 ans.

Antécédents héréditaires : Fils unique, père bien portant; hérédité paternelle normale. La mère a un goitre exophthalmique. La grand'mère maternelle est morte jeune de tuberculose pulmonaire.

L'enfant est né avant terme, à 8 mois ; il pesait 2 k. 500. Elevé en nourrice, on a peu de renseignements sur son premier développement. On sait cependant qu'il a marché à 2 ans 1/2, parlé à 3 ans. Il a été propre à 3 ans seulement. Il a eu la diptérite suivie d'une broncho-pneumonie à 2 ans 1/2 et, à la suite de la broncho-pneumonie, une otite avec large déchirure des deux tympans.

La scolarité a été normale. Il a eu le certificat d'études à 14 ans, puis il a suivi pendant quelque temps les cours en vue du brevet et donnait toute satisfaction.

En 1926, il semble avoir eu un raptus anxieux. Etant en classe, brusquement, il s'est mis à pleurer, semblait avoir très peur, cherchait à se sauver. On a peu de précisions sur cet épisode, qui paraît avoir été de courte durée. Vers la même époque, il essaie de s'ouvrir les veines du poignet avec son couteau.

Mais quelque temps après, son entourage remarque que son caractère change. Il devient très menteur, hableur, se vante de posséder soixante mille francs. Il vole chez ses parents, prend tout ce qui lui tombe sous la main, même des objets sans aucune utilité, et il les cache. Il commence à faire des fugues qui ont le même caractère inutile, sans but, sans motif, sans intérêt. Un jour, partant pour l'école, il donne sa serviette à un chef de gare du métropolitain et disparaît pendant trois jours. On le retrouve errant sur les rives de la Seine et on n'obtient de lui aucune explication. Menaçant par moments, il n'a jamais été violent. Il manifeste peu d'affection pour ses parents.

A la consultation de la rue de Vaugirard, où il est amené une première fois en avril 1927, il paraît en effet indifférent, hostile, et l'on pose le diagnostic de Démence Précoce au début. La famille, malgré le conseil du médecin, ne veut pas se résoudre à un internement et reprend l'enfant qui avait été gardé pendant quelques jours en observation au Patronage.

Elle le ramène en décembre 1928. Les troubles du caractère se sont accentués et les réactions anti-sociales devenues telles que R... ne peut plus vivre au dehors. Il ne veut plus travailler, a fait depuis son passage au Dispensaire 6 places d'où il s'est fait renvoyer pour paresse ou pour vol. Il vole partout, chez ses patrons, chez lui, et toujours de la même façon, sans se cacher, sans aucune précaution. Pris sur le fait, il ne pense ni à nier ni à se sauver. La veille de Noël, il s'est fait passer pour le directeur du Music-Hall de l'Empire, a loué pour deux cents francs de billets, et a distribué l'argent aux employés. Quand on s'est aperçu de la supercherie, il n'a cherché aucune excuse. Habituellement sobre, il s'est à deux reprises complètement grisé. Depuis trois mois, il a une maîtresse avec qui il a fait une courte fugue et qui lui fait faire des dépenses importantes.

Le nouvel examen et la nouvelle observation de R... nous confirment dans notre opinion. Bien que les tests de Binet-Simon ne révèlent chez lui aucune débilité intellectuelle, on est frappé par l'imprécision de ses réponses, par son indifférence. Il répond au hasard, affirme, puis nie la même chose. On note aussi de l'opposition et, en même temps, une suggestibilité assez marquée.

Au Patronage, il se montre paresseux, sale, paraît absorbé, est souvent hostile.

Malgré notre insistance et l'expérience déjà faite, la famille refuse l'internement et reprend le malade.

OBS. 4. — *R... Isaac, 17 ans.*

Dans l'hérédité de R..., on trouve : 4 sœurs, toutes normales. Le père est bien portant. La mère est morte jeune d'une maladie de cœur.

Rien de pathologique n'est à relever dans le premier développement. A l'école de 9 à 16 ans, l'enfant a eu le certificat d'études à 14 ans.

Autrefois affectueux, depuis quelques années, il devient de plus en plus indifférent à l'égard de ses parents. Il s'isole, mange seul. A des périodes de dépression au cours desquelles il est extrêmement taciturne, succèdent des périodes d'excitation qui durent deux à trois mois, pendant lesquels il a des colères terribles. Il est alors impulsif, hostile à l'égard de son entourage, refuse de se coucher, de s'alimenter. Une fois, sans aucun motif, il s'est jeté à bas d'une voiture. Une autre fois il a essayé de mordre sa mère. Il se masturbe presque continuellement et a tenté à plusieurs reprises de violenter sa sœur.

Amené par sa famille à l'hôpital de la Pitié, où il donne au Docteur Largeau l'impression d'un hébéphrénique, il est dirigé sur notre consultation en juin 1928. Là, on remarque un affaiblissement intellectuel de type discordant. Les réponses sont souvent à côté, faites avec indifférence. R... manifeste des idées de persécution imprécises, nullement systématisées, à base d'interprétations délirantes. « Tout le monde lui en veut, son père cherche à le tuer ». Il refuse à plusieurs reprises de manger « parce qu'il a déjà mangé hier et qu'il n'est pas nécessaire de manger tous les jours ».

Son attitude est bizarre, avec un certain maniérisme, une recherche dans les termes qui aboutit fréquemment à des paralogies.

Au Patronage, où nous le gardons quelques jours pour l'observer, il ne fait rien, erre sans but dans la cour et les jardins, maltraite à plusieurs reprises d'autres enfants.

Le syndrome hébéphrénique se confirme donc et la seule solution possible nous paraît être l'internement.

OBS. 5. — *L... Philippe, 18 ans 1/2.*

Dans les antécédents héréditaires, on trouve deux frères normaux, et un frère mort à 4 mois 1/2, on ne sait de quoi.

Le premier développement de l'enfant s'est fait très régulièrement. A l'école de 7 à 14 ans, Philippe L... a passé le certificat d'études avec succès à 13 ans. Il donnait toute satisfaction, tant par son travail que par sa conduite.

Depuis 4 à 5 ans, son caractère s'est entièrement modifié. Il est devenu indifférent, puis hostile à l'égard de ses parents. Il a honte d'eux, refuse de sortir avec eux, leur a dit à plusieurs reprises qu'il souhaitait les voir morts. Il bat ses frères sans raison, il essaie de les exciter contre leurs parents. Il devient menteur. Enfin, son travail est devenu très irrégulier et depuis un an il ne fait plus rien, lit et rêve toute la journée.

Au Patronage, où il est pris en observation, on note de l'opposition, des révoltes ; quand on l'interroge, une inertie complète, de l'indifférence, des sourires non motivés. Le niveau intellectuel est normal.

L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien ne révèlent rien de pathologique. L'examen ophtalmologique montre du nystagmus.

Il s'agit très vraisemblablement d'un début de démence précoce. Nous conseillons une mise en observation de longue durée dans le service ouvert de l'Hôpital Henri-Rousselle.

OBS. 6. — *R... Maurice, 15 ans 1/2.*

Antécédents héréditaires : Père alcoolique. Mère morte à 30 ans, tuberculeuse, était très nerveuse. Un frère de 14 ans chétif. Un autre mort en bas-âge. La mère a fait une fausse-couche.

Le poids à la naissance était de 4 kgr. 250. Le premier développement s'est fait normalement, bien que l'enfant ait toujours été turbulent.

La scolarité a été régulière. Maurice a passé sans difficulté le certificat d'études. Sorti de l'école, il a été placé chez son oncle, puis à un atelier de fournitures pour automobiles. Le travail paraissait au-dessus de ses forces, il est resté peu de temps dans sa place.

Dès la petite enfance, le caractère de l'enfant a été difficile, mais depuis un an, les troubles se sont considérablement aggravés. Il est irritable, violent, menace ses parents, a frappé à plusieurs reprises la domestique de ses parents, sa grand'mère, son père. Il ment sans nécessité, par plaisir, par besoin d'inventer. Il est devenu très paresseux, ne fait absolument rien, reste couché fort tard. Il a manifesté à plusieurs reprises sa crainte d'être empoisonné. Il a sa vaisselle personnelle. Il ne permet à personne d'y toucher. Il se lave les mains une dizaine de fois par jour à la lessive, fait tous les jours une très longue toilette, nettoie tous les jours ses vêtements très minutieusement, expliquant et commentant ses nettoyages à haute voix. Depuis quelques semaines il est distrait, absent : tout récemment, il n'a pu retrouver la maison d'amis à qui il fait de fréquentes visites.

Il a été interné d'office en 1928 à la suite d'une série de violences. Son père a obtenu 8 jours après sa sortie de Perray-Vaucluse. Amené une première fois à la Consultation de neuro-psychiatrie infantile, en janvier 1929, et pris en observation au Patronage, il reconnaît les violences dont on l'accuse, mais prétend que la responsabilité en incombe à son père qui lui manifestait de l'hostilité. A ce moment-là, on ne relève aucune débilité intellectuelle. Il répond correctement, d'une façon directe, précise. Malgré cela, un certain détachement, une certaine indifférence, font réservoir le pronostic.

Repris par sa famille et ramené en mai 1929 après un essai infructueux de réadaptation familiale, Maurice R... se montre plus dissocié, plus affaibli que la première fois. Il manifeste de vagues idées de persécution. On veut l'em-

poisonner. Son père veut qu'il meure. Le comportement est bizarre. On peut noter quelques paralogies : « On l'interlocute pendant qu'il se lave les mains. » Nous n'avons pu établir si Maurice R... faisait allusion à des hallucinations auditives. Très méfiant, très buté, il garde un mutisme à peu près complet. Les troubles du caractère se sont encore exagérés. Les violences sont plus fréquentes, l'activité nulle.

Dans ces conditions, il semble que le diagnostic de démence précoce se confirme. Le malade est l'objet d'un nouveau certificat d'internement.

OBS. 7. — André M..., 19 ans.

Dans les antécédents personnels, on note que le grand-père paternel s'est suicidé à 69 ans. Le père est mort d'œdème aigu du poumon. La mère, qui a eu une pleurite il y a 5 ans, a des troubles cardiaques, est nerveuse, émotive. André M... n'a qu'un frère âgé de 15 ans, bien portant, qui travaille bien et a toujours donné satisfaction à ses parents.

Le premier développement du sujet a été tout à fait normal. Il n'a pas eu de convulsions. Les seules maladies au cours de la petite enfance ont été la varicelle, la rougeole, la coqueluche.

Il a eu une bonne scolarité, a eu une bourse au concours, a fait trois ans d'études secondaires, d'une façon très satisfaisante. Il était souvent premier. Il a fait une fois l'école buissonnière. Il est resté deux jours dehors. Mais à part cet incident, il s'est comporté normalement jusqu'à l'âge de 16 ans.

A cet âge, il a commencé brusquement à ne plus travailler ; il prétend que l'étude ne l'intéresse plus et insiste pour être retiré du Collège Rollin, où il était jusque-là un excellent élève. On le place alors dans une maison de commerce, puis dans une seconde, il les quitte toutes deux sans raison apparente. Placé chez Potin, il en repart dans les mêmes conditions et reste une semaine en dehors de chez lui, vit en « bricolant », en plaçant des phonographes.

Il réintègre la maison paternelle et reste un mois et demi au service de la correspondance, à la Compagnie du Nord, où son père est chef de bureau. Après un repos de 4 mois à Mégève, il entre au Comptoir d'Escompte qu'il quitte au bout de 3 mois, sans raison, pour travailler le soir comme électricien dans les théâtres. Il passe encore quelques jours

dans deux autres places, puis, en mai 1926, il refuse définitivement de travailler.

Sa mère demande un examen mental. Elle le conduit au Patronage de l'Enfance d'où il se sauve le jour-même. Sur une demande de la mère, il est envoyé à l'Infirmérie Spéciale où l'un de nous l'examine.

Outre les troubles de l'activité, l'instabilité, André M..., depuis deux ans, manifeste de nombreux troubles de son comportement social. Il fait des dettes, vole sa mère, fracture ses armoires. Il est devenu depuis quelques mois, non seulement inaffectionné, mais encore grossier et même brutal avec son frère. A deux reprises, il a manifesté une colère si violente que sa mère a dû appeler les agents.

Du 17 au 19 janvier, André M... est calme, lucide, mais indifférent ; il est peu affecté de son passage à l'Infirmérie. Son humeur est enjouée. Le niveau mental est normal, mais les réponses lentes et recherchées. Son attitude avec sa mère permet de juger de son indifférence affective.

L'examen physique révèle de l'acrocyanose, un thorax étroit, un signe de Gaucher, une langue scrotale et des réflexes vifs.

Il s'agit d'une schizophrénie qui a débuté par des troubles du caractère et qui se confirme par de la discordance, de l'indifférence affective, des troubles très marqués de l'activité.

Le malade est placé en observation dans le service du Professeur Claude.

OBS. 8. — St... Yvonne, 18 ans.

Dans ce que nous connaissons dans les antécédents héréditaires de la malade, on ne relève rien de pathologique.

Le premier développement aurait été normal. D'une intelligence plutôt lente, Yvonne a fait une scolarité médiocre. Son caractère semble avoir été normal jusqu'à l'âge de 16 ans.

A ce moment, la jeune fille a commencé à manifester de l'hostilité à l'égard de sa mère et de sa sœur. Elle les tournait en ridicule, faisait des réflexions ironiques, des grimaces, elle allait jusqu'à des menaces, sans exercer de violences. Vers la même époque, elle fit une fugue de quelques jours avec un jeune homme d'un milieu social très inférieur au sien. Il semble que ce soit elle qui ait fait toutes les avances au jeune homme et pris l'initiative de la fugue. Reprise par sa famille, elle est alors examinée par

un aliéniste qui note les troubles du caractère, mais les rattache à une constitution perverse.

Au bout de peu de temps, le tableau clinique se modifie. Un état dépressif s'installe peu à peu, avec des idées de culpabilité, la peur de la mort, des interprétations délirantes : « On lui monte la tête pour lui indiquer qu'elle mourra bientôt. On la regarde bizarrement dans la rue. » La malade est très amaigrie, anorexique, ne dort plus. Elle fait une tentative de suicide, à la suite de laquelle elle est amenée, en 1928, à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Là, elle présente un état de catatonie, avec stupeur, mutisme, impulsions violentes par intervalles, qui fait porter le diagnostic de démence précoce.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des troubles du caractère du début de la démence précoce est à faire avec les autres troubles du caractère, soit constitutionnels, soit acquis.

1° *Perversions instinctives*

Leur caractère essentiel est d'être constitutionnelles. Elles se sont manifestées dès la première enfance.

Nous n'avons pas à reprendre la description remarquable faite par Dupré ; nous insisterons seulement sur les éléments essentiels qui les distinguent des troubles du caractère de la démence précoce. L'inaffection se traduit d'emblée par une malignité, une tendance *active* à faire le mal pour le mal, un besoin réfléchi et prémedité de faire souffrir par des paroles, par des actes, avec intelligence, avec sournoiserie et avec adresse.

L'impulsivité est rare et ne se manifeste qu'au cours de réactions coléreuses dans lesquelles la clasticité et la violence contre les personnes ont encore, par le choix des moyens et la méchanceté des buts, une marque d'intelligence et de préméditation que ne présentent jamais les déments précoce. Surtout, deux symptômes sont importants : c'est, d'une part, la mythomanie, le mensonge, la dissimulation toujours utilitaire, adroite, dont l'exécution a un but précis, tromperie destinée à

cacher un méfait. Le dément précoce, au contraire, ne se donne pas la peine de mentir ou s'il le fait, c'est avec indifférence et beaucoup plus par fabulation spontanée que par désir de tromper. D'autre part, tous les actes du pervers sont utilitaires. Il vole dans un but déterminé, et toujours pour tirer parti de ses vols, soit dans une utilisation immédiate, soit pour en vendre le produit et en tirer de l'argent. Cette utilisation se réalise au prorata des capacités intellectuelles du sujet.

2° Troubles du caractère des épileptiques

Les épileptiques présentent très fréquemment des troubles du caractère d'un ordre spécial sur lesquels M. Ceilllier a encore attiré l'attention récemment dans son Rapport en Congrès de Médecine Légale (1929). L'épileptique peut être un pervers et présenter les troubles du caractère que nous venons de décrire, mais qu'il présente ou non des perversions instinctives, qu'il soit ou non un sujet habituellement moral, ces troubles du caractère ont toujours une marque essentielle : l'impulsivité, et ils ont comme manifestation la colère. C'est surtout dans ses réactions contre les personnes que l'épileptique se montre irritable, coléreux, violent dans ses propos et dans ses gestes. Toutes ses impulsions sont motivées mais, élément important du diagnostic, il y a une disproportion entre la cause minime de la colère et ses effets qui peuvent être terribles et aller jusqu'à l'homicide. En règle générale, une fois l'acte commis, l'épileptique présente des regrets, du remords et il n'a pas l'indifférence torpide et faussement cynique du dément précoce.

3° Perversions post-encéphalitiques

A la suite de l'encéphalite peuvent survenir des troubles du caractère et des tendances perverses avec réactions anti-sociales dont le diagnostic avec la démence précoce peut être délicat. Dans certains cas, les troubles du caractère post-encéphalitiques peuvent avoir trois aspects.

Ils peuvent prendre la forme d'instabilité psychomotrice avec agitation de type hypo-maniaque, vespérale ou nocturne, insomnie, turbulence, cris, désordre des actes, le plus souvent avec chants et manifestations joviales.

Dans une autre variété, il y a une impulsivité qui ressemble tout à fait aux troubles épileptiques par l'irritation, la colère, les violences immotivées, quelquefois des fugues, des vols, des attentats à la pudeur, etc... Nous avons insisté dans plusieurs communications faites avec M. Le Guillan sur les stéréotypies de ces réactions impulsives qui se reproduisent, toujours les mêmes. Quand le sujet commet un vol, c'est presque toujours le même objet qu'il soustrait. De plus, il est rare qu'il présente une indifférence affective totale. Il témoigne par ses regrets, par ses remords, de la conservation de son affectivité. Mais très souvent, immédiatement après la promesse ou aussitôt après qu'il a subi la punition qui lui a été infligée, il recommence à commettre le même délit.

Dans une autre variété, enfin, les perversions post-encéphalitiques peuvent ressembler aux perversions instinctives du fait de la pré-méditation, de l'adresse apparente, du sang-froid dans l'exécution et du but utilitaire du délit. En réalité, ce ne sont là qu'apparences. Il y a un fond de niaiserie et d'absurdité dans la réalisation qui montre qu'il s'agit moins de réelle perversité réfléchie et pré-méditée que d'impulsions brusques et irrésistibles.

4° Enfin, dans un certain nombre de cas, il arrive que la *constitution cyclothymique* ou intermittente, se manifeste par périodes par des impulsions brusques, paroxystiques à commettre des délits, notamment des fugues, des vols, des escroqueries qui sont encadrées par un état d'instabilité, d'agitation, parfois de jovialité apparente. Dans notre Thèse, et dans une étude ultérieure sur les troubles du caractère chez l'enfant, nous avons rapporté des faits de cet ordre que Logre a récemment individualisés sous le nom de « Poussée paroxystique intermittente à manifestations perverses ». Gelma

a décrit aussi une « délinquance récidivante stéréotypée ». Mais dans ces cas, il y a un état intellectuel absolument normal et dans l'intervalle des phases d'excitation, le sujet ne présente aucune discordance intellectuelle, affective, ni pragmatique.

PATHOGÉNIE

La pathogénie des troubles du caractère du début de la démence précoce n'est point toujours facile à élucider. Si l'on se place du point de vue de la psychanalyse, il faut chercher par la technique psychanalytique, le traumatisme affectif, le plus souvent d'ordre sexuel, qui, survenu dans l'enfance, peut expliquer l'apparition tardive des manifestations de haine familiale et d'insociabilité. Avec l'aide de notre assistante, Mme Morgenstern, nous avons cherché, toutes les fois qu'il nous a été possible, à appliquer la technique psychanalytique et recherché le traumatisme affectif de l'enfance qui peut expliquer de façon satisfaisante les troubles tardifs du caractère. Dans des publications ultérieures, Mme Morgenstern donnera les résultats de ses investigations chez plusieurs de ces déments précoces. Sans doute, on trouve très souvent chez eux un des complexes habituels de la psychanalyse, complexe d'Œdipe, complexe de castration, etc., mais il nous a toujours paru difficile d'établir un lien entre ce complexe révélé par la psychanalyse et les troubles manifestés tardivement.

Dans aucune de nos observations nous n'avons constaté l'éclosion de troubles du caractère chez des sujets qui auraient eu déjà un tempérament schizoïde, c'est-à-dire des goûts habituels et particuliers de rêve, de désintérêt de la réalité, des tendances à s'isoler, d'émotivité anormale dans certaines circonstances.

Dans nos observations 2, 3, 4 et 6, il s'agissait de sujets dont l'enfance avait été tout à fait normale au point de vue de l'intelligence et du caractère et chez lesquels les troubles ne se sont manifestés qu'à la puberté et ont traduit une véritable transformation de la personnalité.

Dans l'observation 1, l'enfant a eu des convulsions au cours de la première année et l'intelligence a toujours été médiocre. Il en est de même dans l'observation 7, Yvonne, d'une intelligence plutôt lente, n'a pas fait une bonne scolarité. Dans l'observation 5 (Maurice) le sujet a toujours eu un caractère difficile ; dès l'enfance il s'est comporté comme un enfant difficile, et ce n'est qu'à 15 ans que les troubles de caractère se sont exagérés et se sont accompagnés de manifestations discordantes de l'intelligence. C'est dans ce cas seulement qu'on a pu suivre une courbe croissante dans la gravité des troubles du caractère. Dans tous les autres cas il y a eu réellement transformation de la personnalité.

Les troubles mentaux qui sont apparus n'avaient aucun rapport avec l'état antérieur du sujet, et si l'on veut les grouper sous le nom de schizophrénie, ce serait pourtant une erreur de considérer celle-ci comme étant l'aboutissant d'un caractère schizoïde que nous n'avons point rencontré.

La schizophrénie, si l'on veut appeler de ce terme la démence précoce, est apparue comme une maladie nouvelle qui a frappé un cerveau plus ou moins touché héréditairement, quelquefois, en apparence, absolument sain, et qui a déterminé des manifestations du caractère totalement différentes de celles qui étaient habituelles à la personnalité antérieure du sujet.

Nous ne nions pas que chez ces malades on puisse rencontrer des complexes affectifs d'ordre psychanalytiques, mais ce sont les mêmes qu'on rencontre chez certains obsédés et dans beaucoup d'autres psychoses. C'est un contenu banal de différents déséquilibres ou de certaines psychoses, et il ne nous a jamais paru qu'on pût leur donner la valeur d'une cause réelle. Ce ne sont pas les complexes qui causent la maladie, dont ils ne sont qu'un symptôme d'ailleurs variable, et inconsistant.

Il en est de même du mécanisme pathogénique, de la perte du contact vital avec la réalité (Bleuler, Minkowski). Chez les malades dont la démence précoce commence à se manifester par des troubles du carac-

tère, cette perte du contact vital avec la réalité n'est pas toujours évidente, alors que les troubles du caractère, au contraire, sont très intenses. En tout cas, si quelquefois le dément précoce peut paraître indifférent au milieu extérieur, à ses habitudes anciennes de penser, à la réalité familiale et sociale qui était naguère la sienne, cette perte de contact n'a cependant rien de spécifique et elle se rencontre souvent à un même degré ou d'une façon plus intense chez d'autres délirants réfugiés dans leur délire et totalement indifférents à la réalité extérieure. Cette perte du contact avec la réalité ne nous paraît pas spécifique de la démence précoce. En tout cas, quand elle existe, elle a la valeur d'un symptôme et elle ne nous a jamais paru être une cause.

L'autisme qui complète ce détachement de la réalité par une prédominance de la vie intérieure ne nous paraît pas non plus être caractéristique dans le début de la démence précoce par troubles du caractère. Les malades, chez lesquels le mécanisme déréglé de l'intelligence et de l'affectivité se traduit par des actes discordants, désordonnés et illogiques ne nous ont jamais paru offrir la vie intérieure très riche qu'il est habituel de leur reconnaître. Même quand nous les avons fait psychanalyser, ils n'ont pu que traduire une grande pauvreté d'idéation qui n'a fait ultérieurement que s'accentuer.

Dans la forme de début de la démence précoce qui fait l'objet de cette étude, la maladie commence à se manifester par des troubles affectifs, de l'indifférence, de l'hostilité, de l'insociabilité. Mais dans d'autres cas que nous avons indiqués dans une étude antérieure, la maladie commence par des troubles intellectuels de discordance ou par un syndrome d'automatisme mental qui n'est qu'une dissociation sensorielle et cénothésique, quelquefois enfin par un désordre de l'activité psycho-motrice qui peut ressembler à un accès maniaque.

Mais, quel que soit le mode de début de la maladie, elle a souvent la même évolution vers un syndrome

catatonique. Quelquefois, elle s'arrête et paraît cesser d'évoluer. Mais, d'une façon quasi-constante, elle a l'aspect d'une maladie qui frappe un sujet aux alentours de la puberté, le transforme. Elle n'apparaît que très rarement comme étant l'évolution naturelle d'une constitution morbide qui présenterait les éléments essentiels de la maladie même.

Sans doute actuellement, il n'est pas encore possible de donner une preuve satisfaisante de l'origine infectieuse ou toxique des troubles du caractère qui marquent le début de la démence précoce. Nous pouvons dire seulement que, dans nos cas, nous avons toujours trouvé une lourde hérédité, quatre fois tuberculeuse, deux fois une lourde hérédité psychopathique, internement ou suicide. Cette hérédité n'est pas suffisante pour expliquer les troubles psychiques tardifs de la puberté. Il se produit, à cette période, des troubles nouveaux, mais qui nous paraissent de même nature que les troubles du caractère qui surviennent après une encéphalite épidémique et pour lesquels il ne nous a jamais paru possible de trouver une explication dans un traumatisme affectif infantile incertain ou inexistant.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 30 JUIN 1930

Présidence de M. le Professeur CLAUDE, vice-président

Assistant à la séance : MM. X. Abély, Bonhomme, Collet, Daday, Fribourg-Blanc, membres correspondants.

M. le D^r L. Vernon-Briggs, de Boston, membre associé étranger, assiste à la séance. Le professeur Claude souhaite la bienvenue à l'illustre psychiatre américain, MM. René Charpentier, Colin et Heuyer s'associent à cet hommage.

M. le D^r Vernon-Briggs remercie et exprime son plaisir d'assister à la séance.

M. CAPGRAS, empêché d'assister à la séance, a prié M. le Professeur Claude de le remplacer au fauteuil.

M. CLAUDE lit la note suivante de M. CAPGRAS :

Nous venons de perdre un de nos plus jeunes collègues, le Docteur Pierre Lelong, enlevé presque subitement, à 30 ans, par une crise d'appendicite. Connu par son studieux internat dans les Asiles de la Seine et par sa thèse d'une psychologie pénétrante sur le *Problème des hallucinations*, classé premier au concours du médicat des asiles, nommé depuis quelques mois chef de service à Lommelet, près de Lille, où l'on appréciait déjà sa science et son dévouement, Pierre Lelong débutait brillamment dans une carrière où le plus bel avenir l'attendait.

Notre ancien Président, le Docteur Leroy, dont Pierre Lelong était le neveu et l'élève, le considérait comme un fils : au jour des obsèques il a loué, en termes émus, l'ardeur au travail, l'exquise sensibilité,

ainsi que les jolis dons de poète et de musicien que possédait cet enfant bien-aimé. Son chagrin est immense et si, de le savoir partagé, pouvait l'atténuer, nous lui dirions qu'il ne compte ici que des amis qui tous l'entourent de leur sympathie et s'associent à la douleur de parents inconsolables.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance.

A propos du procès-verbal, M. LEROY demande la parole au sujet de la communication de M. Marchand sur la démence précoce, maladie d'origine infectieuse.

M. LEROY. — L'ordre du jour de notre dernière séance était tellement chargé que je n'ai pas voulu prendre la parole à la suite de la communication si intéressante de M. Marchand. Il a bien voulu rappeler quelques-unes de mes observations relatives à la démence précoce considérée comme maladie d'origine infectieuse, dont les rémissions sont dues à des arrêts plus ou moins prolongés de l'infection. Il a cité ma phrase « à côté des formes où le déficit intellectuel est rapide d'emblée et irrémédiable, il existe des formes à évolution plus lente, par poussées. Au début de l'affection, tout au moins, on peut voir des rémissions très complètes, permettant au malade de rentrer dans la vie sociale pendant des années. Ce sont, sans doute, des pseudo-guérison... De tels cas sont fort nombreux quand on veut les rechercher. La démence précoce évolue alors comme une tuberculose pulmonaire, dont les accès aigus sont séparés par de longs intervalles où le malade semble guéri et où l'auscultation ne révèle aucun symptôme stéthoscopique appréciable » (*Soc. clinique méd. ment.*, nov. 1912).

Il s'agissait d'une jeune femme de 34 ans, sans tare héréditaire connue, qui fait à 17 ans une première crise de délire hallucinatoire avec idées de persécution. Elle reprend une vie normale. Douze ans après traitement dans un asile pendant six mois pour un accès d'excitation maniaque avec gâtsisme. La malade rentre dans sa famille, semble guérie, puis est internée une deuxième fois, dix mois après, pour un état

demi-anxieux avec apathie, indifférence, négativisme intense, signature d'une démence précoce certaine, ainsi que l'avenir l'a prouvé.

A la même époque (*Soc. méd. psych.*, 28 oct. 1912), je donnais ici-même l'observation d'une femme de 33 ans, héréditairement tarée, qui fait à dix-huit, vingt-six, vingt-neuf et trente ans, quatre crises de délire hallucinatoire à peu près semblables avec idées mélancoliques et de persécution. La malade semble normale dans l'intervalle. Lors du quatrième accès, état démentiel définitif avec dissociation intellectuelle et indifférence totales.

Il est certain que dans de tels cas — et ils sont fréquents — les diverses phases délirantes doivent être rattachées à un même processus morbide procédant par poussées et dont le diagnostic peut n'être porté exactement qu'au bout d'un grand nombre d'années. L'infection s'est apaisée, puis a repris son évolution.

Autre présentation (*Société clin. méd. ment.*, juillet 1914) : jeune fille de 21 ans, à hérité alcoolique et tuberculeuse, qui fait, à l'occasion d'une grossesse, des symptômes de tuberculose pulmonaire et ganglionnaire. L'accouchement est suivi d'un accès de confusion mentale avec excitation et gâtsisme d'une durée de six mois. La malade reste, en apparence, guérie pendant quatre ans. Elle retombe ensuite excitée, indifférente, gâteuse. C'est une démente précoce suivie, comme telle, sans modifications pendant trois ans. Cette rechute a été accompagnée d'une nouvelle poussée de tuberculose. Le rôle du bacille de Koch se montre ici évident.

Une considération des plus importantes mérite d'attirer notre attention. La démence précoce peut-elle s'arrêter dans son évolution et guérir ? Je vous ai rapporté autrefois (*Soc. méd. psych.*, 26 février 1912) l'observation très complète d'une femme présentant tous les symptômes d'une démence précoce qui, au bout de six ans, a pu rentrer dans son ménage complètement guérie. Suggestionné comme je l'étais, à l'époque, par la notion d'incurabilité, je disais hésiter entre

guérison ou rémission très complète. La guérison est restée définitive.

Dans cette même séance et à ce propos, Ballet nous a raconté l'histoire d'une jeune femme qui, après avoir eu des troubles qualifiés hystériques, est placée dans une maison de santé privée où il la proclame lui-même démente précoce. Elle est dirigée sur un asile de province où le même diagnostic se trouve confirmé. Le mari demande l'annulation du mariage et Ballet l'examine à nouveau, quinze mois après. « Quelle n'a pas été ma surprise, nous disait-il, de constater toutes les apparences d'une guérison absolue. J'ai désiré réexaminer la malade pour m'assurer que je n'étais pas le jouet d'une illusion ou d'une erreur. Je viens de le faire voilà trois jours ; or, je ne constate la persistance d'aucun trouble déficitaire. Voilà, en tout cas, une malade qui a présenté, pendant plus de quinze mois, des symptômes avérés d'une D. P. grave et, aujourd'hui, le médecin-expert ne peut pas ne pas déclarer qu'elle offre toutes les apparences de la guérison. »

De tels faits sont impressionnantes et doivent être retenus. On peut toujours objecter que ce dernier cas n'a pas été suivi pendant un laps de temps suffisant et que les erreurs de diagnostic entre psychose maniaque-dépressive et démence précoce sont monnaie courante du psychiatre. L'opinion de notre éminent collègue ne saurait cependant être rejetée. Le dogme de l'incurabilité fatale de la démence précoce ne repose sur aucune base réellement scientifique. La question devrait être étudiée consciencieusement avec des observations détaillées, longuement suivies. Nous y reviendrons un jour.

J'ai été heureux d'entendre M. Marchand affirmer que de plus en plus, il considère la forme de démence précoce inflammatoire comme plus fréquente que la forme qu'il appelle dégénérative. Un avenir plus ou moins éloigné, mais certain, nous montrera que la démence précoce est due à une infection, spécifique ou non, des centres nerveux.

Notre collègue a-t-il examiné les plexus choroïdes de ses malades ? A-t-il quelque opinion sur la valeur des

assertions de Monakow énonçant l'hypothèse que la lésion de ces organes constitue une cause importante de démence précoce ?

Le procès-verbal est ensuite adopté.

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend : une lettre de M. le Docteur Heuyer, remerciant la Société de l'avoir nommé membre titulaire, une lettre de M. le Dr Carrette, remerciant la Société de lui avoir décerné le prix Aubanel, une lettre de M. le Dr Teulié, remerciant la Société de lui avoir accordé le prix Moreau, de Tours, une lettre de M. le Dr Dublineau, remerciant la Société de lui avoir décerné le prix Esquirol.

PROJET DE FUSION DES SOCIÉTÉS

Nomination d'une Commission

M. Henri COLIN, secrétaire général. — Le Bureau a été saisi d'une demande de fusion des trois Sociétés, la Société de Psychiatrie et la Société Clinique de médecine mentale devenant des filiales de la Société médico-psychologique dans laquelle elles se fondraient en tenant des séances uniquement consacrées à la clinique.

Votre Bureau vous propose de nommer, pour étudier cette question, une commission composée des membres du Bureau. MM. CAPGRAS, président, CLAUDE, vice-président, COLIN, secrétaire général, GUIRAUD, MINKOWSKI, secrétaires, MALLET, trésorier, PACTET, chargé du rapport de la Commission des Finances, SEMELAIGNE et PACTET, chargés du contrôle des finances, René CHARPENTIER, FILLASSIER (adopté).

Rapport de candidature

M. COURBON. — Vous avez dans votre dernière séance nommé une commission composée de MM. Henri Colin, René Charpentier et moi-même pour examiner la candidature du docteur François Naville à une place de membre correspondant étranger de notre Société.

Les titres que possèdent dans sa patrie, où vous savez avec quelle conscience et quelle compétence la science psychiatrique est honorée et servie, suffiraient, par eux-mêmes à justifier la candidature de notre confrère genevois. Il est, en effet, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit de Genève, directeur de l'Institut de médecine légale de cette ville, vice-président de la Société Suisse de Neurologie, membre de la Société Suisse de Psychiatrie de la Société Médico-psychologique de Genève, de la Société de Prophylaxie mentale de Genève.

Ses travaux sont la confirmation du bien-fondé de ses titres. L'énumération de ses publications, même limitée, à celles qui concernent les maladies mentales et nerveuses, serait trop longue pour trouver place ici. Je me contenterai de dégager quelques-unes des idées générales qui se font jour dans son œuvre.

C'est d'abord une conception de la physiologie du cerveau, d'après laquelle le paléencéphale sous-cortical serait le siège de centres régulateurs de toutes les fonctions : aussi bien des fonctions psychiques que des fonctions végétatives : sommeil, circulation, tonus, métabolisme, température, sécrétions, vasomotricité. C'est sous la stimulation constante des centres psychiques paléencéphaliques que fonctionnerait l'écorce. C'est donc au paléencéphale que reviendrait le rôle principal dans l'évolution de la vie instinctive. Cette conception formulée au Congrès de Bordeaux pour l'avancement des sciences en 1923 est la synthèse d'une foule de considérations sur le sommeil normal et pathologique, les débilités motrices, la catatonie, la stupeur, l'agitation, la démence, l'émotivité, développées dans divers articles, dont les principaux visaient l'encéphalite épidémique et qui parurent dans diverses revues depuis 1918.

C'est ensuite une précision des conditions étiologiques du traumatisme dans les syndromes psychiatriques ou neurologiques. Et l'on voit bien là le souci du médecin légiste. A la richesse des arguments dont il dispose, on reconnaît que son esprit juridique s'appuie

sur de solides connaissances physiopathologiques. Témoin sa démonstration du mécanisme des amblyopies croisées consécutives aux lésions traumatiques d'un hémisphère (*Revue suisse des accidents du travail*, 1919). — ses discussions des paralysies bulbaires soi-disant traumatiques (*id.*), — d'une épilepsie survenue 20 ans après un traumatisme insignifiant du crâne pendant l'adolescence (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, 1918), — des hémorragies méningées et cérébrales traumatiques tardives (*Annales de médecine légale*, avril 1925 ; *Revue Suisse des accidents du travail*, 1925), — des irradiations lointaines douloureuses dans les traumatismes de la nuque et de la moelle cervicale (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1925).

C'est encore une étude médico-légale et thérapeutique de la castration en psychiatrie (*Annales médico-légales*, 1925 et *Revue de la Suisse romande*, 1925).

On lui doit encore de nombreux articles sur l'arriération mentale, les psychoses et la paralysie générale des enfants ; l'intéressant commentaire des mémoires d'un médecin frappé d'aphasie motrice totale pure, suivie de la description des lésions trouvées à l'autopsie (*Archives de psychologie*, 1918) ; une étude sur l'aliénation mentale dans l'armée (*Thèse de Genève*, 1910), où, sous le nom de psychose de la recrue, il reprend, d'une façon heureuse, le thème de la « nostalgie » des anciens psychiatres.

Tous ces travaux portent les empreintes des trois disciplines scientifiques que leur auteur eut la bonne fortune de recevoir dans sa patrie où il fut étudiant à Genève et à Berne, en Allemagne, où il fut étudiant à Heidelberg, Marbourg et Munich, en France, où il étudia à la Salpêtrière, à Ste-Anne et à l'Institut Pasteur.

J'ajoute que, pendant la guerre, notre collègue, fut, à diverses reprises, au cours des années de 1915, 1916 et 1917, au centre neuropsychiatrique de Bourg, en Bresse, un précieux collaborateur des médecins français.

Il a vu fonctionner dans les montagnes du Jura, le fameux centre d'isolement de St-André-de-Salius, que

dirigeait le docteur Roussy, et où étaient envoyés, en désespoir de cause, pour y être soumis à une psychothérapie et une physiothérapie intensives, les militaires atteints de troubles qualifiés pithiatiques contre lesquels toutes thérapeutiques avaient échoué. C'est en observant ces sujets, dont beaucoup venaient du Centre des psychonévroses du Gouvernement militaire de Paris, où notre collègue Laignel-Lavastine était médecin chef, et où moi-même je fus longtemps médecin traitant, qu'il amassa les documents pour les judicieuses critiques qu'il publia sur les syndromes hystériques pithiatiques et physiopathiques (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1918 ; *Revue médicale suisse romande*, 1919 ; *Annales de médecine légale*, 1925), critique où il affirme, à mon avis, avec raison, que le pithiatisme n'est qu'une partie de l'hystérie.

Déjà membre correspondant étranger de la Société de Neurologie de Paris, de la Société de Médecine légale de France et de la Société Clinique de Médecine mentale de Paris, qui l'a nommé dans son avant-dernière séance, votre commission estime que le docteur Naville a sa place toute marquée parmi nous.

A la suite de la lecture de ce rapport, M. le Professeur Naville est nommé membre associé étrangér à l'unanimité des membres présents.

**Examen de paralytiques généraux
avant et après traitement
par M. TH. SIMON**

J'ai réparti en plusieurs groupes les malades dont je désirerais vous dire quelques mots, groupes très inégaux à tous points de vue, de même que les commentaires dont je les accompagnerai, car j'essaierai de ne retenir, chaque fois, que les enseignements que ces observations peuvent nous apporter.

Un premier groupe de notes concerne des paralyti-

ques généraux examinés à leur entrée avant tout traitement, à leur passage à l'admission de Ste-Anne.

J'aurai ensuite à vous parler de malades examinés après traitement mais dont aucun examen de niveau mental n'avait été préalablement effectué, du moins à ma connaissance. Ces malades comprennent eux-mêmes deux catégories : 1^o malades qui passent à l'admission à l'occasion d'une rechute ; 2^o malades pour lesquels à l'inverse se posait ou même était résolue la question de leur sortie.

Enfin nous avons déjà quelques malades dont le niveau mental a été pris avant et après traitement, et c'est, bien entendu, sur ces malades que je m'étendrai le plus longuement.

I. EXAMENS A L'ENTRÉE, AVANT TOUT TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE DONT LE MALADE EST ATTEINT.

— Quand je dis, avant tout traitement, je veux dire seulement avant tout traitement véritablement méthodique, car il va de soi que des traitements antisyphilitiques ont pu être essayés, mais, autant que nous pouvons le savoir, les médications plus ou moins spécifiquement dirigées contre la paralysie générale, n'ont pas encore été tentées chez ces malades ; notamment on n'a pas eu recours chez eux à la malarithérapie.

Nous trouvons chez ces malades les niveaux suivants. Sur 22 cas :

- 4 niveaux de 6 à 7 ans ;
- 7 niveaux de 7 à 8 ;
- 7 niveaux de 8 à 9 ;
- 2 niveaux de 9 à 10 ;
- 1 niveau de 10 à 11 ;
- 1 niveau de 15 ans.

Niveaux inférieurs à 10 ans chez des paralytiques généraux lors de leur internement, c'est là chose banale, trop banale pour que nous y insistions, sinon parce que nous aurons besoin de rappeler tout à l'heure la fréquence de ces niveaux inférieurs, 20 sur 22.

Ce qui, au contraire, est exceptionnel, et, à mon

sens, beaucoup plus instructif, c'est la persistance d'un niveau mental de 15 ans chez un paralytique général à l'époque de son admission. Ce fait vient trop à l'appui de ce que je disais l'autre fois, qu'*affaiblissement et abaissement de niveau* n'ont pas à être confondus pour que je n'y insiste pas.

L'observation de cette malade, car il s'agissait d'une femme, dissocie, en effet, assez nettement les deux choses. Attentive, elle répète *7 chiffres* et jusqu'à *28 syllabes*. Elle répond avec vivacité et, par exemple, avec les trois mots : *Paris, fortune, ruisseau*, elle fait presque immédiatement cette phrase : *Je suis à Paris sans fortune au bord d'un ruisseau*. Elle trouve, en une minute, les rimes suivantes au mot *OBÉISSANCE* : *naissance, connaissance, conscience, ambiance...* Elle récite les mois en trois secondes environ. On n'entend qu'un accroc au cours de tout l'examen, et, bien entendu, comme pour toute chose unique, on reste un peu dans le doute quant à son existence. Seulement, à côté de cela, quelques échecs assez curieux : la recherche de mots en trois minutes, par exemple, ne provoque quasi aucun effort ; des phrases en désordre ne sont aucunement comprises. *Si le niveau est resté bon, des erreurs se produisent dans ce niveau même*, et par le même mécanisme, croyons-nous, qui explique la déchéance qu'on peut suivre dans la situation sociale de cette malade : de sténo-dactylographe il y a quelques mois, elle est devenue manutentionnaire, mais pendant quelques semaines seulement, et elle a dû, sur la fin, accepter une place de plongeuse. Son niveau reste supérieur à cette profession, mais l'irrégularité de fonctionnement de ses facultés intellectuelles ne lui permet plus d'autre adaptation.

Un autre malade de ce même groupe présentait un égal intérêt et dans le même sens bien que d'un autre degré. Pas une réponse, presque pas un mot sans accroc ; une maladresse considérable des mouvements, un tremblement tel que ce malade avait peine à ramasser la monnaie que nous avions posée devant lui ; un visage dont l'inertie, quand il ne riait pas, était un

masque de profonde hébétude ; une attitude lourde, affaissée ; la plus grande difficulté à se lever de sa chaise et même à relever le tronc pour regarder quelque chose sur la table, et une marche si incertaine qu'on tremblait de le voir debout. Aucune parole spontanée. Bref *le tableau complet d'une ruine physique et mentale*. C'est au point que nous hésitions à prendre le niveau de ce paralytique général. Or, d'emblée, une surprise : du premier coup il répète 4, 5, 6 chiffres ; il n'a besoin que de deux essais pour en répéter 7 ; il n'échoue à en répéter 8 que par une inversion, faute légère... ; il résout les faits divers de 15 ans ; ce ralenti en apparence trouve en 1 minute 5 rimes au mot obéissance, et son niveau n'est diminué, ramené à 8 ans, que parce qu'à côté de ces manifestations apparaissent des lacunes paradoxales : une erreur sur la nomination des pièces de monnaie, l'incapacité à se plier au jeu du marchand, et d'autres encore plus graves.

En d'autres termes un contraste que nous avons rarement trouvé aussi grand entre l'aspect général et certaines séquelles. Je disais ici, il y a deux mois, que nous jugions de l'affaiblissement mental par un ensemble d'autres symptômes que l'abaissement de niveau proprement dit, eh bien, le cas de ce malade, comme l'observation précédente, illustre cette affirmation, et c'est au reste une opinion que j'ai recueillie plusieurs fois : 'nos tests font apparaître, chez les paralytiques généraux, même quand leur niveau est bas, des capacités intellectuelles qu'à première vue on ne leur soupçonnait plus.'

Si j'insiste de nouveau aujourd'hui sur ces désaccords entre notre impression d'affaiblissement et le niveau constaté, c'est que nous allons les retrouver dans un instant, mais *renversés*, et qu'ils paraissent, comme j'espère vous le montrer, conduire à une assez curieuse interprétation des faits.

II. EXAMENS DE PARALYTIQUES GÉNÉRAUX DÉJÀ TRAITS MAIS RÉINTERNÉS A L'OCCASION D'UNE RECHUTE. —
Nous n'avons pris le niveau mental que de 6 d'entre

ces malades, bien que le nombre des entrées pour rechute soit actuellement assez grand à l'admission, et, semble-t-il, plus grand qu'autrefois.

Sur ces 6 malades, 4 hommes et 2 femmes, 4 avaient été impaludés, 2 traités seulement par le stovarsol. Nous n'avons les dates du premier internement que pour 5 d'entre eux. Les intervalles entre le premier et le second internement sont les suivants : 1 fois 4 mois, 2 fois 10 mois, 1 fois 21 mois et 1 fois 37.

Les niveaux se répartissent ainsi :

1 de 7 à 8 ;
3 de 8 à 9 ;
2 de 9 à 10.

Les niveaux mentaux ressemblent donc de tous points à ceux de malades internés pour la première fois.

L'un de ces malades paraît bien être sorti un peu diminué car il n'a travaillé qu'à laver des bouteilles chez des amis. Toutefois il ne rentre pas tant pour son état démentiel que pour une complication d'irritabilité et d'idées de persécution : on l'insulte, on l'électrise, il est sombre et parfois s'emporte. Au reste M. Leroy signalait déjà ces troubles comme apparus chez ce malade à la suite de l'impaludation avant qu'il ait quitté l'asile.

Mais je note surtout, en dehors des délires précédents, qu'on est dérouté chez ces malades par un tableau inhabituel à la paralysie générale. Non chez tous peut-être, mais chez un bon nombre, *l'activité intellectuelle* est plus normale, plus vive, *l'orientation générale* est meilleure, ils peuvent souvent *faire de la vitesse*, et même *les accrocs de la parole* deviennent exceptionnels, en sorte que la prise du niveau mental devient dans ces cas presque une nécessité pour qu'on puisse parler d'affaiblissement avec certitude.

Autrement dit, contraste différent de celui que nous signalions tout à l'heure : avec d'autres délires, mais avant tout *avec une apparence moindre d'affaiblissement*, il y a cependant persistance de niveaux peu élevés.

III. EXAMENS DE PARALYTIQUES GÉNÉRAUX POUR QUI SE POSE OU A ÉTÉ RÉSOLUE LA SORTIE. — 7 malades : 4 ont un niveau mental inférieur à 10 ans ; 3 ont un niveau supérieur à 11, le plus élevé étant de 12 1/2. Il semble donc que nous ayons ici une proportion de niveaux supérieurs à 10 ans plus élevée que dans les groupes précédents. Et cela nous conduit à 2 remarques :

1^o pour ces derniers niveaux relativement élevés, et puisque nous n'avons pas leur niveau à l'entrée, ces malades n'étaient-ils pas parmi les moins touchés ? ne représentent-ils pas une sélection plutôt dépendante de ce fait que de l'effet du traitement ? Notons au reste que cela même ne serait pas sans intérêt à confirmer, car il peut se faire que, tout en amenant dans un assez grand nombre de cas, une amélioration, le traitement n'ait vraiment une efficacité suffisante que sur *les cas de début ou légers*.

Je ne puis ici que poser la question et je ne trouve dans ce groupe de paralytiques généraux à niveau relativement élevé qu'un seul malade à signaler. Nous l'avons examiné alors qu'il était sorti et j'ai plaisir à remercier mon collègue et ami Capgras de me l'avoir adressé. C'est celui de cette série dont le niveau mental était le plus élevé, de 12 ans 1/2. Il avait une aisance, une rapidité qui paraissaient bien indiquer un fonctionnement intellectuel normal... Nous l'avions examiné en avril ; il rentrait en juin, exactement deux mois plus tard, présentant un état mélancolique classique, ne cessant de gémir sur sa situation. Son niveau mental restait d'ailleurs assez élevé, de 11 ans 3, au moins, et diminué plutôt, semble-t-il, par un manque d'attention ou des interventions inopinées du délire, — « il a, dit-il, la tête ailleurs » — car ses réactions restaient vives, il demeurait capable de faire de la vitesse et la plupart de ses réponses étaient sensiblement analogues à celles de son premier examen et de même valeur. Ce malade aussi, par suite, à cette rechute, ne se présente plus guère comme un paralytique général ; notamment on dirait qu'en dépit des nouveaux symptômes délirants quelque chose persiste du gain obtenu lors du premier séjour.

2° Restent, dans ce même groupe de paralytiques généraux examinés à l'occasion de leur sortie, 4 malades dont le niveau mental demeure inférieur à 10 ans. D'où vient que malgré des niveaux aussi bas, — il y en a qui ne dépassent point 8 et 9 ans, — l'idée d'une sortie a pu cependant se présenter pour ces malades ? N'est-ce point qu'il s'est produit, indépendamment de ces niveaux relativement bas, quelque changement dans leur état, et, dans ce cas, peut-on se rendre compte en quoi ce changement a pu consister ?

Chez 3 de ces malades nous ne constatons plus guère de ces accidents intellectuels dont nous avons parlé. Leur niveau est peu élevé, c'est entendu ; mais, dans ses limites, nous ne sommes pas témoin de ces déchéances, de ces échecs déconcertants qui sont, dans le fonctionnement intellectuel du paralytique général, l'analogue de ce qu'est l'accroc pour sa parole.

Comme dans le groupe précédent, paralytiques généraux traités, mais à rechute, et de façon plus nette encore, la persistance de niveaux peu élevés s'observe avec une apparence moindre d'affaiblissement que chez les paralytiques généraux à leur première entrée.

Une de ces malades nous donnerait quelque inquiétude et l'on va voir pourquoi. Elle est éveillée, elle a la langue bien pendue, elle a tout l'extérieur d'une bavarde, et cette vivacité — faite d'ailleurs en partie d'absence de réflexion — produit une impression qui lui est favorable.

En fait son niveau n'est que de 9 ans 4 et, de plus, on y observe des trous étranges et notamment un embrouillement dans *le jeu du marchand*, embrouillement d'autant plus surprenant que par sa profession elle faisait les marchés. Pareil accroc nous ferait formuler des réserves en dépit d'un niveau assez bon. Mais, comme nous l'avons écrit maintes fois, la prise d'un niveau n'a pas seulement pour but la mesure de celui-ci, c'est une occasion d'observer le malade et nous voyons précisément l'examen souligner ici un symptôme inquiétant dans une présentation d'ensemble bien propre à faire illusion.

Au contraire voici maintenant nos notes sur une autre malade de cette série.

Chez celle-ci on peut relever du tremblement dans la voix (peut-être de rares accrocs) et dans les doigts, un tic des lèvres et du bout de la langue, un peu d'incertitude de la marche.

Elle conserve une certaine gêne à faire de la vitesse. Celle-ci ne se manifeste pas toutefois lorsqu'il s'agit de nommer 4 couleurs. Après l'avoir fait spontanément en 5", elle y arrive, sur demande, en 1" 1/2, et cela n'exagère que son tremblement. Mais elle n'énumère les mois qu'en 15", et, si elle se presse, y parvenant en 7", alors elle s'embrouille, oublie des mois ou en déplace.

Elle s'excuse souvent : « Je ne suis pas bien instruite... Je n'ai jamais été à l'école... ». Donc une appréciation sur elle assez correcte.

Pas de troubles à côté ; peu d'additions. Les réponses restent adaptées à la question même lorsque la malade y échoue. Elle est calme, attentive. Par conséquent *présentation assez normale bien que niveau intellectuel inférieur à 9 ans*. C'est le point important que nous voulons une fois de plus mettre en valeur.

IV. PARALYTIQUES GÉNÉRAUX EXAMINÉS AVANT ET APRÈS IMPALUDATION. — Je n'ai malheureusement que 5 sujets. La comparaison d'un examen à l'autre doit être poursuivie non seulement pour ce qui est du niveau brut obtenu, mais pour tous les détails qu'un examen de niveau permet d'apercevoir.

Première malade. — Niveau mental : le 7 mars, 7 ans ; — le 28 mai, 7 ans.

Les échecs ne portent cependant pas exactement sur les mêmes épreuves. Il semble qu'il y ait en mai un petit gain verbal et de mémoire, tout à la fois dans la répétition de chiffres et de phrases, mais il y a perte pour le tracé d'un losange, l'exécution de 3 commissions et pour deux épreuves de monnaie. En sorte que, si l'on entre dans le détail, c'est peut-être d'aggravation qu'on devrait parler plutôt que d'état stationnaire.

Notons, quoi qu'il en soit, et en passant, la facilité des comparaisons :

en mars la malade ne répète que 3 chiffres,
en mai elle en répète 4,
en mars elle ne répète que 8 syll.,
en mai elle va jusqu'à 14,
et ainsi de suite.

Les deux fois d'autre part elle présente la même attitude, lente, comme endormie, volontiers souriante, ayant perdu le sentiment de la fiction et prenant au sérieux les questions absurdes. Soit la phrase relative au cycliste qui a eu la tête fracassée et qu'on a transporté à l'hôpital où il ne peut en réchapper, elle répond, en mars : « *C'est pas bête, c'est malheureux* » ; elle fait en mai la même déclaration ; la question relative à une fille coupée en 18 morceaux la fait s'exclamer en mai comme en mars : « *Oh aïe, aïe ! c'est terrible !* »

Ainsi, que ce soit avant ou après impaludation, pour cette malade *même niveau, même présentation*.

Deuxième malade. — Niveau intellectuel : fin mars ; 7 ans ; en juin, 8 ans 6 mois.

Aux deux époques, persistance de l'euphorie ; des hésitations, des accrocs presque à chaque réponse. A cause de cela, malgré le gain de niveau constaté, le tableau clinique reste tel qu'on n'a pas d'hésitation à trouver l'amélioration insuffisante. Mais, en même temps, un simple coup d'œil sur les feuilles où l'on a relevé les interrogatoires montre *en mars* une grande pauvreté verbale, *en juin* plus de richesse, plus d'abondance, et *comme une libération* de la pensée antérieurement alourdie.

Troisième malade. — Niveau intellectuel : en mars, 9 ans, en mai, 10.

L'intérêt que présente cette observation c'est d'abord ce progrès, bien qu'il soit assez faible ; puis c'est accessoirement à quel point certaines réponses sont identiques bien que fournies à 2 mois d'intervalle :

Mise en présence d'une même gravure, Mme D. répond en mars : « Deux pauvres malheureux sur un banc,... un vieillard. » Elle répond en mai : « Deux pauvres malheureux, un vieillard qui est sur un banc. »

Définitions. — En mars : une chaise « c'est une chaise où qu'on s'asseoit ». — En mai : une chaise « c'est une chaise où qu'on s'asseoit quand on en a besoin ». — En mars : « Une maman si elle a un bébé faut qu'elle fasse son devoir, qu'elle le tienne propre, etc. » — En mai : « Une maman doit faire son devoir vis-à-vis de ses enfants, si elle en a », etc., etc.

Voici deux dessins à reproduire de mémoire. ...Leur reproduction en mai est semblable à celle de mars.

Et puis voici les différences : il y a *en mai plus de langage*, plus de facilité à s'exprimer, et, si la malade met 11" à réciter spontanément les mois, pressée elle peut du moins le faire en 5" sans accroc ni s'embrouiller ; dans les phrases absurdes elle s'affranchit aussi et paraît avoir davantage le sentiment de la fiction... Cette aisance et ce retour du jugement constituent le progrès principal.

Quatrième malade. — On retrouve quelque chose d'un peu analogue chez Del. Niveau le 5 avril, *8 ans 6 mois* ; niveau le 16 juin, *9 ans 6 mois*. Faible gain, mais en outre :

1° *Gain physique* : en avril gros troubles, elle faisait trembler la table ; en juin, sans avoir disparu, ce tremblement s'est atténué, il ne persiste plus guère que dans la voix et les doigts ;

2° *Même humeur* : en avril déjà de l'irritabilité, elle refuse certaines épreuves : « Non je ne peux pas. » En juin elle arrive en déclarant qu'on l'a dérangée, qu'elle était au lit, qu'elle ne dira rien... Ensuite, bien entendu, elle se prête à ce qu'on veut, et elle en rit comme elle avait fait la première fois, sauf des retours de colère : « Non, je ne ferai pas cela, je ne veux pas, je vous plaque, je ne suis pas venue pour cela ou alors il faut me payer ».

3° *Plus de bavardage* : voici sa réponse en avril pour l'une de nos gravures : « Ça représente un monsieur et

une dame, ils ont l'air de bien s'aimer... » Voici sa réponse en juin : « Ici ? c'est un bon vieux, s'pas ? ça doit être sa femme ou sa fille ; ils ont l'air bien malheureux. Oh oui, ils sont comme moi, toujours tristes. Et puis le papa il a l'air aveugle. Pauvres gens. Ça fait pitié. Ça me rappelle chez nous. Comme on a été 9 enfants, mon père nous a laissés... ».

— On peut poursuivre la comparaison des deux examens. Elle s'avère toujours de même sens : assez pauvre en avril, débordant en juin avec des manifestations de greffage personnel qui n'indiquent pas encore un jugement excellent.

Cinquième malade. — Niveau intellectuel : en avril, 10 ans ; en juin, 11 ans 3 mois.

Celle-ci est une des plus curieuses. Outre qu'elle est la seule qui ait reconnu l'examen, subi 2 mois auparavant, en se trouvant de nouveau devant les gravures, elle a, en juin, moins d'incompréhension (pour répéter les chiffres, lorsqu'il s'agit de composer une phrase avec trois mots, ou de saisir des faits divers) ; elle cesse de prendre au sérieux nos phrases absurdes ; elle a enfin moins de greffages inutiles et sans lien, et elle manifeste plus d'attention dans l'épreuve d'ordination de poids.

En juin encore elle n'a plus de délire — et je n'entends plus qu'un accroc, alors qu'en avril j'en avais noté 4 à 5 pour un examen de même longueur.

En résumé pas de changement de niveau chez une de ces malades, progrès d'un an à 1 an 1/2 chez 4 autres. Mais, en dépit de ces progrès, niveaux encore très bas.

Et puis, comme tout à l'heure chez les paralysies générales déjà traitées, *améliorations en marge, en quelque sorte, du changement de niveau* : langage à la fois plus riche et plus aisé ; en même temps, moins de délire et moins d'à-côtés, réponses plus strictement limitées aux questions posées, ce qui contribue encore à donner une impression meilleure ; fréquemment enfin un retour du sens critique sur la valeur propre de l'individu.

Rapprochons ceci des deux constatations auxquelles nous avons été amenés pour nos premiers groupes de malades : affaiblissement plus apparent que l'abaissement de niveau chez les paralytiques généraux à l'entrée ; apparences moindres d'affaiblissement, malgré la persistance d'abaissement de niveau chez les paralytiques généraux traités, — nous en venons à cette *conclusion* qu'il y aurait dans l'abaissement d'un paralytique général deux parts à faire : l'une relevant de lésions destructives ; l'autre, des troubles de fonctionnement et d'évocation dont nous avons parlé. Et nous pouvons formuler cette *hypothèse* que le traitement ne jouerait peut-être que sur ces troubles d'évocation — d'où l'indication de l'entreprendre le plus tôt possible.

M. Seglas me rappelait l'autre jour cette phrase, de notre collègue, M. Anglade, je crois, phrase qui fait image : la malarialthérapie réplace le paralytique général dans la période médico-légale. Vous avez pu voir aujourd'hui que je n'arrive pas à cette formule, je dirais plutôt : *la malarialthérapie laisse le paralytique général inférieur à ce qu'il était* avant son encéphalite, il ne demeurera le plus souvent capable que de tâches plus simples, *mais elle lui rend de la souplesse*, elle libère des activités intellectuelles engourdis, elle atténue ou même peut-être supprime le péril des à-coups et par suite laisse le paralytique général, serait-ce à l'asile même, plus utilisable et plus facile à diriger, — un peu comme serait un débile mental et sans beaucoup plus d'imprévu, on encore un de ces déments précoce dont le délire s'est éteint et dont l'état s'est fixé.

J'aimerais sur ce point recueillir l'opinion de mes collègues qui ont plus que moi l'expérience de ces améliorations.

Combien, d'autre part, peut durer cette sorte de stabilisation, c'est là un autre problème et que le temps seul résoudra. Il va de soi aussi que la formule précédente ne tient compte que de l'affaiblissement et non des troubles du caractère que signalait M. Dupouy, ni des accidents délirants qui peuvent survenir comme, après d'autres, nous en avons, aujourd'hui, apporté des

exemples ; ce sont là complications d'autre sorte, et dont seules des statistiques pourront fixer la fréquence et le danger.

J'ajouterais que, n'ayant pas été très favorisé par les cas que j'ai observés, peut-être ne paraissent-ils pas encourager beaucoup au traitement. Pourtant ils comportent des modifications favorables, et il va de soi que je ne pouvais me flatter d'apporter une statistique après une période d'observation aussi courte et dans des conditions assez difficiles. Mais on voit mieux comment continuer un travail après un premier essai, or celui-ci montre assez bien, il me semble, les faits qu'il faudrait recueillir, le détail avec lequel il convient de le faire, et surtout les *deux points de vue* auxquels on devra se placer, abaissement et fonctionnement, pour comparer des examens faits à des dates différentes. C'est là œuvre de longue haleine et qui n'ira pas sans difficultés. En apportant aujoūrd'hui quelques faits je ne voulais qu'appuyer et compléter, pour y mettre en quelque sorte un premier point, les deux communications que j'ai faites dernièrement.

Je m'en voudrais de ne pas remercier, en terminant, mes collègues, M. Capgras et M. Leroy, qui m'ont permis de revoir des malades de leurs services ; également MM. Masquin, Médacovitch et Rondepierre qui m'ont fourni divers renseignements et se sont quelquefois associés à mes examens.

Th. SIMON.

DISCUSSION

M. LEROY. — A la suite de la très intéressante communication de M. Simon, je voudrais attirer l'attention sur deux points dont il y a lieu de tenir compte quand il s'agit d'apprécier les résultats de la malariathérapie : les résultats chez les femmes p. g. sont dans l'ensemble, à l'asile, moins favorables que chez les hommes, cela parce que les femmes, dont les occupations sociales sont bien plus simples, entrent à l'asile à un stade bien plus avancé de l'affection, souvent même déjà dans un état de démence profonde ; d'autre part, une observa-

tion de deux à trois mois après le traitement n'est pas assez longue, puisque dans de nombreux cas les progrès se montrent bien plus tardivement.

M. LE PROF. CLAUDE. — Les observations que nous rapporte M. Simon sont très intéressantes et montrent la nécessité d'apprécier par des tests les différentes formes de l'activité psychique chez les paralytiques généraux avant et après le traitement. Je crois d'ailleurs que, lorsque l'on parle de traitement, il ne faut pas s'attacher simplement à la cure malarique, mais qu'il faut observer surtout les résultats après une série d'injections d'arsenic et de bismuth.

La cure malarique n'a pour utilité, à mon avis, que de préparer le sujet à une efficacité plus grande du traitement chimique. Si l'on n'entreprend pas celui-ci aussitôt après l'action de la malaria, celle-ci reste fugace, ne se maintient pas.

Il y a lieu aussi de considérer dans l'appréciation de la récupération psychique la notion de temps. Les résultats obtenus, en effet, sont très variables suivant les malades et si quelques-uns ont déjà, après quelques semaines, un bénéfice appréciable du fait du traitement, il en est d'autres qui ne se montrent améliorés qu'après un temps fort long, qui se compte par des mois, voire même par plus d'une année.

Il serait donc intéressant de faire porter cette étude des tests sur des sujets à des périodes différentes et plus ou moins éloignées de la cure malarique.

Les résultats des investigations que j'ai poursuivies depuis plusieurs années sur les conséquences de la malariathérapie me permettent de corroborer l'opinion de M. Simon au sujet de la récupération psychique.

Je ne crois pas que l'opinion de M. Anglade soit justifiée lorsqu'il dit que nos efforts thérapeutiques nous permettent de ramener simplement le sujet à la période médico-légale de la paralysie générale. S'il en était ainsi nous rendrions plutôt un mauvais service à nos malades, car cette période médico-légale est la plus dangereuse au point de vue des répercussions sociales et ce serait exposer ainsi les sujets à toutes sortes de périls.

En réalité, lorsque l'on apprécie l'état psychique de malades en rémission ou même pourrait-on dire à guérison apparente depuis quatre ou cinq ans, on ne trouve dans l'exploration clinique aucun signe de défaillance dans leur activité sociale ou professionnelle.

Et, chez certaines des personnes au sujet desquelles je suis renseigné aussi complètement que possible par leur médecin ou leur entourage familial, je n'ai observé aucun de ces troubles de la conduite ou du caractère qui existent à la période médico-légale de certains paralytiques généraux.

J'aurai l'occasion plus tard de revenir sur l'utilisation des tests dans l'exploration du psychisme des paralytiques généraux adultes, car depuis quelques mois je poursuis des investigations de l'ordre de celles que nous a rapportées M. Simon et j'ai l'impression que les tests proposés par notre collègue pour l'étude de l'état psychique des enfants ne s'adoptent pas au psychisme des adultes avec des garanties suffisantes pour formuler une opinion sur l'état intellectuel des sujets.

Il y a en effet, chez l'adulte, même malade, une somme d'acquisitions antérieures que ne possède pas l'enfant aux différents âges et des habitudes de réflexion qu'il ne possède pas davantage.

Je pense qu'il faut compléter les tests de Binet Simon par d'autres tests appliqués particulièrement à l'adulte.

M. SIMON. — Je ne voudrais ajouter qu'un mot pour corroborer ce que M. Leroy vient de nous dire de l'affaiblissement plus grand avec lequel les paralytiques générales femmes entrent en général à l'asile. J'ai ici sous les yeux les niveaux mentaux de 13 hommes et de 10 femmes atteints de paralysie générale. Ces niveaux se répartissent ainsi :

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
Niveaux inférieurs à 8 ans ...	3	8
Niveaux supérieurs à 8 ans 10		2

Les proportions sont exactement renversées. Il est naturel que cela entraîne des résultats thérapeutiques également différents.

Schizophrénie par hérédité précessive chez une mère et ses trois enfants

par MM. Paul COURBON et MONDAIN

L'histoire pathologique des trois frères et sœur et de la mère que nous rapportons, présente deux caractères dignes, croyons-nous, de fixer l'attention.

1° Il s'agit chez tous des mêmes troubles à base d'automatisme mental délirant.

2° Ces troubles apparurent successivement et à plusieurs années d'intervalle d'abord chez chacun des enfants à l'âge adulte et finalement chez la mère.

**

Cette famille fut fondée en 1892 par le mariage d'un cocher de fiacre âgé de 30 ans et d'une couturière de 26 ans, tous deux originaires de la Nièvre, mais installés depuis longtemps à Paris. Ils n'étaient pas parents entre eux et on ne leur connaît aucune hérédité psychopathique ou autre. Le ménage s'entendait bien et menait une vie régulière. Il eut 3 enfants âgés aujourd'hui respectivement : Marcel de 37 ans, Adrienne de 35 ans, Lucien de 25 ans. Pas d'enfants morts, pas de fausses couches. Ces trois enfants reçurent une bonne instruction que sanctionna pour chacun le certificat d'études, et ils commencèrent par gagner honorablement leur vie dans des métiers correspondants à leur niveau social.

Le père mourut en 1914, âgé de 52 ans dans un service médical et non psychiatrique de la Salpêtrière où il avait été transporté depuis deux jours, après une congestion cérébrale soignée pendant deux mois à son domicile. D'après les renseignements de sa femme, il avait eu une attaque qui ne l'avait pas paralysé, mais l'avait laissé privé de raison. Il ne savait plus ce qu'il disait, ni ce qu'il faisait, mettait son lit sens dessus-

dessous, ne reconnaissait personne et gâtait. Jamais il n'avait été ivrogne, ni malade.

a) La fille, seconde enfant, âgée aujourd'hui de 35 ans, fut la première à présenter des troubles mentaux vers la 20^e année. Elle était née à terme sans incident, n'avait jamais eu de maladie, était réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans, avait fait de bonnes études à l'école communale, puis dans une école professionnelle où elle resta jusqu'à 17 ans, et avait commencé alors à exercer le métier de couturière avec succès. Mais vers l'âge de 19 ans ses patronnes furent mécontentes d'elle, de ses irrégularités et de sa paresse. Elle avait toujours été réservée, peu liante, n'ayant pas d'amies, et elle devint tout à fait misanthrope. Elle se plaignit bientôt de troubles bizarres pour lesquels sa mère la fit consulter divers médecins de Paris. Finalement, le 14 décembre 1917, âgée de 22 ans, elle fut internée avec le certificat suivant :

« Troubles intellectuels caractérisés par des crises de persécution et d'hypnotisme, interprétations délirantes, troubles de la sensibilité générale, état de distraction presque continual, rires sans motifs, impulsivité, état qui justifie son placement dans un établissement spécial (Séglas). »

Depuis 13 ans qu'elle est à l'asile sa conduite n'a guère varié. Exactement orientée et mnésique, elle travaille avec une docilité et une opportunité parfaites au ménage dans un quartier de malades tranquilles. Mais à chaque instant elle interrompt sa besogne pour se plonger dans de véhéments soliloques, soliloques caractérisés par des injures grossières, des propos orduriers, des plaintes de viols et d'électrisations adressées à des interlocuteurs imaginaires. Ces soliloques n'en finiraient pas spontanément, mais il suffit de l'interpeller un peu vivement, pour qu'aussitôt revenant à elle-même, elle reprenne gentiment la besogne commencée et la finisse correctement.

Très réticente sur les motifs de ces colères solitaires, elle répond qu'elle a la tête étiolée, qu'on la magnétise, et qu'on lui donne des idées.

Passive, elle ne réclame rien. Elle reçut pendant des années les visites de sa mère avec amabilité, mais sans s'inquiéter lorsque celle-ci ne venait pas. Elle apprit l'internement de ses frères sans en être peinée, et elle mène une vie d'asile à laquelle elle est tout à fait adaptée.

b) Le frère aîné, âgé de 37 ans aujourd'hui, fut le second à présenter des troubles mentaux vers la 30^e année. Il était né à terme, mais par un accouchement aux fers qui n'avait traumatisé ni lui, ni la mère. Il avait eu une pleurésie vers la 11^e année pour laquelle il fut traité un an. Vers la 15^e année, il avait eu une scarlatine. Malgré cela, depuis cette époque, il était devenu vendeur gagnant aisément sa vie à la Samaritaine quand la guerre éclata. Il partit aussitôt en campagne, fut prisonnier en Allemagne jusqu'à la fin des hostilités, et reprit alors son métier de vendeur dans le même magasin. A ce moment, il contracta la syphilis, puis un beau jour refusa d'aller à son travail, et pendant des mois mena une vie paresseuse et solitaire au domicile de sa mère. Il ne faisait rien, ne demandait rien : mais avait de violentes colères quand on essayait d'obtenir des réponses de lui. Une fois, il saisit son frère à la gorge comme pour l'étrangler. C'est alors que sa mère, fatiguée de l'entretenir depuis plus d'un an fit venir un médecin qui le fit interner le 21 septembre 1923. Il fut admis à Vaucluse où fut rédigé sur lui le 5 février 1924 le certificat suivant :

« Psychose hébéphrénique avec indifférence affective contrastant avec impulsivité. Bizarneries, ironie, réticence, inactivité, catatonie peu marquée. Avoue sans les expliquer les violences qui ont motivé son internement et sa longue inaction (Mignard). »

A cette date, il fut expédié à Chésal-Benoit où sa mère qui est allée le voir, il y a quelques semaines, l'a trouvé à l'infirmerie dans un état de démence complète. Il ne l'a pas même reconnue.

c) Le troisième enfant, âgé de 25 ans, fut le 3^e à présenter des troubles mentaux vers sa 21^e année. Il était né à terme, normalement, n'avait jamais été malade,

mais aurait commis dès l'adolescence quelques abus de boisson. Il gagnait aisément sa vie comme mécanicien avant de partir au régiment. Il fit son temps de service ayant encouru maintes punitions. A son retour, la mère le trouva si bizarre qu'elle le fit conduire le surlendemain à l'infirmérie du dépôt où son internement était demandé avec le certificat suivant :

« Indifférence, inertie, opposition, troubles profonds du caractère et de la conduite. Impulsivité dangereuse. A menacé sa mère d'un couteau. Explications vagues ou dénégations, réactions en apparence immotivées. Revient du service militaire où il a subi de nombreuses punitions pour indiscipline (Logre). »

Dans le certificat d'envoi en province, le docteur Ducosté, le 17 février 1928, signale les mêmes troubles et ajoute possibilité d'hébephénie.

D'après les derniers bulletins de santé adressés à la mère, ces troubles seraient allés en s'aggravant dans l'asile de province.

d) La mère enfin qui vient d'être internée à l'âge de 63 ans et qui régulièrement venait voir tous les mois sa fille à Vaucluse, fut la dernière à présenter depuis la soixantaine des troubles mentaux.

Restée veuve à 48 ans, elle supporta vaillamment les misères et les ennuis de la guerre, puis les chagrin successifs de l'internement de ses trois enfants. Possédant une modeste maison, elle avait de menus revenus et gagnait encore sa vie à faire des ménages. Très régulièrement elle venait une fois par mois à Vaucluse et à Villejuif rendre visite à ses aliénés ne se rebutant pas de l'indifférence ou des colères avec lesquels ils la recevaient.

Depuis deux ans, elle n'avait plus la même régularité, paraissait agir plus automatiquement que maternellement. Elle tenait à ses patronnes et à ses voisines des propos bizarres, se plaignait d'entendre des voix qui lui donnaient des ordres, qui énuméraient ses pensées et ses actes.

Un beau jour au début du mois, après une nuit d'insomnie pendant laquelle elle avait entendu dire qu'elle

devait aller voir son fils à Chézal-Benoit parce qu'on allait le tuer, elle prit brusquement le train pour la colonie, y arriva à l'improviste et ayant constaté que son fils était vivant mais ne la reconnaissait pas, elle revenait instantanément à Paris.

Deux jours plus tard, elle venait demander son internement à l'hôpital Rousselle où fut rédigé le certificat suivant :

« Psychose hallucinatoire avec idées de persécution paraissant remonter à plusieurs années. Des agents de la police secrète la poursuivent et lui lancent des fils. Séquestration au domicile. Privation de nourriture. Attente anxiante de l'intervention policière. Se présente à la consultation pour être internée et par conséquent protégée. A trois enfants placés dans des asiles (Mignot). »

Elle est douce, tranquille et n'a plus d'anxiété quoique aussi délirante. Sa première demande fut de travailler et d'être autorisée à voir sa fille au parloir.

Elle se rend parfaitement compte de la folie de ses enfants et moins parfaitement de la sienne. Elle fait preuve d'assez de jugement pour tout ce qui ne touche pas son délire. Parlant de ses enfants et d'elle-même, elle insiste sur le goût de la tranquillité et l'horreur du monde qu'ils eurent tous. Aucun ne voulut jamais se marier. Elle-même avait hésité beaucoup avant de le faire, attirée qu'elle était alors par la vie paisible du couvent. Jamais malade, elle était domestique à Paris depuis son adolescence quand elle épousa son mari.

**

Cette histoire d'une famille dont tous les membres furent successivement atteints de troubles mentaux, pourrait prêter à maintes considérations. Mais étant donné que nous n'avons eu la possibilité d'examiner directement que la mère et la fille, nous nous bornerons aux remarques suivantes d'ordre nosographique et étiologique.

Nosographiquement. — La prédominance de l'at-

teinte de l'affectivité et de la conduite sur celle de l'intelligence chez ces quatre malades aurait fait porter il y a une trentaine d'années le diagnostic de démence précoce. L'indifférence affective est indiquée dans les certificats concernant les deux frères ; et l'ambivalence, forme atténuée de l'indifférence existe chez la mère et la fille. Le frère ainé et la sœur furent jugés tout d'abord comme des paresseux, le cadet fut puni au régime pour son indiscipline.

Si nous employons le terme de schizophrénie, ce n'est pas à cause de sa plus grande nouveauté ; mais parce que tous nos sujets présentent le caractère autistique qui constitue la mentalité schizoïde. Tous ont été des solitaires et des rêveurs. Aucun des enfants ne se maria. Et la mère qui se maria par raison eût préféré entrer au couvent.

Les interprétations de leurs délires, nous l'avons nettement constaté pour la mère et la fille, ne s'étendent pas aux personnes de leur entourage. Enfin le terme démence convient mal à des délirants capables de mémoire et d'activité coordonnée comme le sont nos deux malades qui paraissent plus coupées de la réalité que vraiment incohérentes.

Chez tous, le processus à incriminer paraît être, pour employer le langage de M. Marchand, celui de l'abiotrophie et non celui de l'inflammation. La cellule cérébrale manquant constitutionnellement de résistance s'usa avant les autres.

Etiologiquement. — Nous sommes ici en présence du phénomène auquel MM. Logre et Heuyer ont donné le nom heureux d'hérédité précessive, c'est-à-dire d'un cas où une même maladie constitutionnelle se révèle chez les enfants avant d'apparaître chez les parents.

Cette précession, lorsque aucune cause accidentelle physique ou morale n'est intervenue, ne saurait avoir sa condition ailleurs que dans le cumul des hérédités paternelle et maternelle. Et cela est évident dans le cas qui nous occupe, puisque le père, bien que non traité dans un service de psychiatrie, mourut en état de confusion mentale, quelques semaines après un ictus cérébral.

La mère ne présenta de troubles mentaux qu'à soixante ans parce qu'exempte de cette tare héréditaire. Le fils ainé résista jusqu'à trente ans, c'est-à-dire dix ans de plus que les autres, sans doute parce que ses générateurs étaient plus jeunes. Il a dix ans de plus que son frère, ce qui est un écart appréciable, et deux seulement de plus que sa sœur, ce qui est peu. Peut-être eût-il résisté davantage s'il n'avait pas subi les fatigues et les privations de quatre ans et demi de guerre dont trois de captivité, ni contracté la syphilis, une scarlatine et une pleurésie.

Mais toutes ces considérations sont bien grossières et n'éclaircissent guère le mystère de l'hérédité précessive. Le but de notre communication n'a d'ailleurs d'autre visée que d'apporter un exemple de plus de cette curieuse modalité de l'hérédité morbide.

DISCUSSION

M. SEMELAIGNE regrette que des néologismes soient continuellement introduits dans le langage scientifique. Il demande, dans le cas particulier, la signification exacte du mot précessif.

M. Pierre JANET rappelle que le mot a été employé pour la première fois par MM. Heuyer et Logre.

M. HEUYER expose en quelques mots les raisons pour lesquelles il s'est servi avec le Dr Logre de l'adjectif précessif.

M. COURBON. — J'ai l'an dernier, à la Société de psychiatrie rapporté un exemple de mélancolie précessive analogue à ceux de MM. Logre et Heuyer. Ici, c'est un exemple de schizophrénie.

Si la mère n'est internée que depuis quelques semaines, il y a plus de deux ans que sa conduite et ses propos au parloir, lors des visites qu'elle rendait à sa fille, étaient délirants. Il est certain qu'il s'agit chez elle d'une psychose chronique, et il est très vraisemblable que son évolution, quoique plus lente, sera la même que celle des psychoses de ses enfants auxquelles elle ressemble par l'automatisme mental.

Quant au terme précessif, je le trouve excellent, parce que compréhensible même par quelqu'un qui ne connaît pas le latin. Le trouble mental hérité précède chez l'héritier son apparition chez l'ancêtre. La succession habituelle est intervertie par la précession du dernier phénomène.

Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxi-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales.

par les Docteurs

M. DESRUELLES et Agnès CHIARLI

Médecin chef Interne
à l'Asile public d'aliénés de St-Yrie

Dans la confusion mentale, la manie, la mélancolie et le délire aigu on peut voir réaliser, aussi bien au début de l'affection qu'au cours de son évolution, le tableau clinique d'une auto-infection grave d'origine gastro-intestinale, dont la description a été donnée par Calmeil : « La figure du malade est altérée ; ses yeux sont rouges, chassieux, extrêmement vifs ou tout à fait ternes ; il s'exhale de tout son corps une odeur repoussante ; le pouls est fréquent, la peau brûlante, la soif vive, l'expuission continue. Aussitôt que cet aliéné porte un liquide à ses lèvres, il le repoussse avec une sorte de précipitation dont il ne peut se rendre maître. Sa langue, ses lèvres deviennent arides et fuligineuses. Enfin il succombe du cinquième au dixième jour et l'autopsie ne donne pas l'explication de ce funeste accident (1). » Ces états caractérisés par un trouble profond des échanges dû à l'absorption d'endotoxines sont des véritables toxémies gastro-intestinales comparables

(1) Cité par Anglade, in Traité de Gilbert-Balle, p. 343.

biologiquement et physiologiquement aux symptômes de l'occlusion intestinale. Les résultats brillants obtenus par Gosset et les chirurgiens américains dans le traitement de l'occlusion intestinale par les injections intraveineuses de sérum chloruré hyper-tonique, nous ont donné l'idée d'essayer cette thérapeutique. Jusqu'ici, le traitement classique de ces états toxiques graves consistait en une tentative d'hydratation de l'organisme et d'évacuation des toxines par des injections sous-cutanées de sérum physiologique et des lavages bicarbonatés d'estomac et d'intestin, avec ingestion par la sonde d'un purgatif salin plus ou moins bien toléré. Les résultats en étaient parfois favorables, mais lents, et il était nécessaire de recourir dans la suite à l'alimentation artificielle.

L'emploi du sérum hyper-tonique intraveineux, suivant les indications de Gosset, nous a donné des résultats immédiats, tellement favorables, que, malgré le petit nombre d'observations réunies (ces états hyper-toxiques au cours des maladies mentales sont relativement rares), nous n'hésitons pas à les publier.

OBS. I. — H... M..., 23 ans, entrée à l'asile le 21 août 1929. Manie aiguë.

Etat saburrel des voies digestives, tachycardie, sueurs profuses ; amaigrissement rapide ; anorexie de plus en plus marquée puis sirophobie complète ; constipation opiniâtre ; anurie. L'état de la malade devient rapidement très inquiétant. Le 10-9-29, trois injections intra-veineuses de 20 cc. de sérum chloruré hyper-tonique à 20 0/0, espacées de deux heures et immédiatement précédées d'une injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum physiologique. Dans la nuit, diurèse très abondante ; la malade boit et le lendemain elle recommence à s'alimenter. L'état des voies digestives s'améliore très rapidement, de même que l'état général. L'état mental reste stationnaire et l'agitation persiste. Encore en traitement à l'asile dans un assez bon état de santé.

OBS. II. — B.-M. M..., 53 ans, entrée à l'asile le 30 août 1929. Mélancolie avec anxiété.

Traitée (comme toutes les anxieuses dans notre service) par autohémothérapie (2 injections). Brusquement (6 septem-

bre), éclate un accès confusionnel hypertoxique avec désorientation complète, état saburral intense des voies digestives, pouls rapide et irrégulier, constipation, anurie, anorexie, sitiophobie, formation d'escarres. Lavages d'estomac et d'intestin sans succès. Le 9 septembre, 4 injections intra-veineuses de 20 cc. de sérum chloruré hypertonique à 20 0/0, espacées de deux heures et précédées d'une injection de sérum physiologique. Une heure après la première injection, diurèse abondante ; deux heures après, la malade boit 150 gr. d'eau de Vichy. Après la 3^e injection, nouvelle débâcle urinaire ; la malade boit 250 gr. d'eau de Vichy. La diurèse se rétablit régulièrement, la constipation cesse. Le 3^e jour, l'accès confusionnel a disparu ; l'alimentation est reprise, l'état physique de la malade s'améliore rapidement ; au 15^e jour, les escarres sont complètement cicatrisées. La malade reste anxieuse ; au bout d'un mois, amélioration. Sortie guérie le 20 janvier 1930.

OBS. III. — D..., femme D... J..., 38 ans, entrée à l'asile le 19 décembre 1929. Mélancolie avec anxiété.

Traitée par autohémothérapie (7 injections) ; légère amélioration. Brusquement, éclosion d'un accès confusionnel hallucinatoire de peu de durée, mais laissant à sa suite des idées délirantes polymorphes avec refus des aliments par crainte d'empoisonnement. L'état saburral des voies digestives persiste ; la malade maigrit. Le 4 février 1930, 4 injections intra-veineuses de sérum chloruré hypertonique à 10 0/0, espacées de deux heures. Le résultat est moins bon que dans les cas précédents ; la malade était d'ailleurs moins gravement intoxiquée. L'état saburral des voies digestives s'améliore, mais le refus d'alimentation, en partie d'origine volontaire, s'atténue à peine ; la malade continue à refuser toute alimentation solide pendant une quinzaine de jours. Amélioration très lente ; encore en traitement à l'asile.

OBS. IV. — R... M..., 21 ans, entrée à l'asile le 20 janvier. Manie aiguë (psychose périodique ; un internement antérieur par dépression mélancolique).

La malade présente à l'arrivée un état d'agitation extrême, avec état saburral des voies digestives, anorexie et sitiophobie depuis cinq jours, anurie. Le jour même, trois injections intra-veineuses de 10 cc. de sérum chloruré hypertonique à 10 0/0, espacées de deux heures. Amélioration immédiate. L'agitation persiste, mais les symptômes hypertoxiques ont disparu. Encore en traitement à l'asile ; amélioration lente.

OBS. V. — M... H..., 43 ans ; entrée à l'asile le 2 décembre 1929. Dépression mélancolique avec obsessions et idées de suicide.

Traitée par autohémothérapie (12 injections) ; amélioration progressive. Brusquement, rechute avec mutisme, refus d'alimentation ; amaigrissement rapide ; puis état sabural des voies digestives ; bientôt apparaissent des symptômes hypertoxiques intenses ; anorexie ; escarres. Le 21 février, trois injections intra-veineuses de 20 cc. de sérum chloruré hypertonique à 10 0/0, espacées de deux heures. Diurèse ; la malade recommence à boire mais continue à refuser toute alimentation ; alimentation artificielle. Deux jours après, nouvelle injection intra-veineuse de 10 cc. La diurèse s'améliore encore ainsi que l'état saburrel des voies digestives.

L'état physique s'améliore peu à peu. Au bout de deux semaines, elle commence à s'alimenter régulièrement. Amélioration très lente et guérison des escarres.

Cette méthode n'est pas une méthode de traitement des maladies mentales, mais un traitement symptomatique de l'état toxémique qui accompagne et aggrave certaines d'entre elles. Dans toutes nos observations, sauf dans l'Obs. III, nous avons assisté à des améliorations immédiates, à de véritables résurrections chez des malades qui paraissaient condamnés et qui n'avaient tiré aucun avantage des moyens habituels de désintoxication. Une diurèse très abondante et suivant de quelques heures au plus l'injection intraveineuse semble en être le principal mécanisme. Si, comme l'affirment plusieurs auteurs, la diminution du taux des chlorures est un des principaux phénomènes qui caractérisent certains états toxiques, l'apport des chlorures par voie intraveineuse met en outre l'organisme en mesure de réparer d'une façon immédiate l'hypochlorurémie. Nous avons employé au début des doses un peu trop fortes aux dires de certains auteurs (Obs. I, 3 injections de 20 cc. à 20 0/0 = 12 gr. de NaCl ; Obs. II, 4 injections de 20 cc. à 20 0/0 = 16 gr. de NaCl) ; nous avons ensuite, employant des solutions plus faibles, injecté des doses totales de 3 à 6 gr. de NaCl ; nous n'avons jamais eu d'incidents. Cette méthode nous paraît donc très sim-

ple et sans danger ; ses indications sont faciles à poser ; ses résultats sont souvent surprenants. Elle rétablit ou améliore la diurèse, élimine les toxines, fait disparaître l'anorexie lorsqu'elle n'est que la réaction normale d'un état digestif subrural, indépendamment de toute idée délirante. Lorsque l'anorexie mentale se surajoute à l'état toxique (Obs. III), l'action du traitement est très diminuée, du point de vue du refus des aliments ; dans l'anorexie mentale pure, d'ailleurs, tous les traitements que nous avons essayés jusqu'ici, y compris l'insuline, ne nous ont jamais donné que des insuccès.

BIBLIOGRAPHIE

GOSSET, BUET et PETIT-DUTAILLIS. — De la valeur du chlorure de sodium employé en solution hypertonique... dans l'intoxication du tube digestif. *Presse Médicale*, 7 janvier 1928.

MICHEL. — De l'emploi du NaCl hypertonique contre les accidents toxiques de l'occlusion intestinale. *Soc. de Chirurgie*, 12 décembre 1928.

GOSSET. — A propos des injections salées hypertoniques dans l'occlusion intestinale. *Soc. de Chirurgie*, 9 janvier 1929.

BINET et STOICESCO. — Les injections intra-veineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, étude expérimentale. *Paris Médical*, 7 décembre 1929.

Injections de sérum bromuré hypertonique dans les crises subintrantes d'épilepsie

par M. DESRUELLES et Agnès CHIARLI

Les résultats favorables que nous avons obtenus dans les états toxémiques d'origine gastro-intestinale avec des injections de sérum chloruré hypertonique, nous ont donné l'idée d'essayer, dans les crises épileptiques ou épileptiformes subintrantes, l'injection de sérum bromuré hypertonique, dans le but de rendre l'absorption du médicament beaucoup plus rapide.

Nous n'avons pu l'essayer jusqu'à présent que dans deux cas : dans le premier nous avons eu recours à l'injection sous-cutanée ; dans le second, à l'injection intraveineuse.

OBS. I. — P... M..., 30 ans, entrée à l'asile le 10 septembre 1921. Crises d'épilepsie assez rares (3 par mois).

Le 7-10-29, crises subintrantes d'épilepsie. On a cherché en vain à faire, le matin, une injection intra-veineuse de somnifène ; la petitesse des veines et l'agitation de la malade ont été un obstacle insurmontable. A 4 heures de l'après-midi, on fait une injection sous-cutanée de sérum bromuré hypertonique (7 gr. de bromure dans 100 gr. d'eau). Cessation des crises au bout de 15 minutes. Le lendemain et le surlendemain, crises espacées (7 par jour), puis reprise du rythme habituel.

OBS. II. — G..., femme P... M..., 43 ans, entrée à l'asile le 6 février 1930. Paralysie générale.

Le 24 mars 1930, crises épileptiformes subintrantes. Au bout de trois heures, injection intra-veineuse de sérum bromuré hypertonique (3 gr. de bromure dans 15 gr. d'eau distillée). Cessation immédiate, au bout de quelques secondes. Depuis, crises épileptiformes très espacées (1 en avril, 1 en mai). Au 15 mai, cette malade, atteinte de paralysie générale avancée, est en assez bon état de santé.

L'injection intraveineuse (ou, à défaut, sous-cutanée) de solutions de sérum bromuré hypertonique ne présente aucun danger et donne des résultats indiscutablement plus rapides que les lavements bromurés, etc. Pour notre part, nous n'hésiterons pas à l'employer à l'avenir pour traiter les états de mal.

La séance est levée à 18 heures.

Un secrétaire des séances,

E. MINKOWSKI.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

X^e CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE

(Liège, 28-30 Juillet 1930)

Ce Congrès célébrait à la fois le centenaire de l'indépendance de la Belgique et le soixantième anniversaire de la Société de Médecine mentale.

A la séance d'ouverture prirent successivement la parole : le Président, M. TITECA ; M. LAIGNEL-LAVASTINE, au nom de la Société de Neurologie de Paris ; le Professeur ABADIE, au nom du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française et des autres délégations.

Le deuxième Président, M. DUJARDIN, parla ensuite des « *Localisations nerveuses et extra-nerveuses de la syphilis ; la loi du balancement.* »

PREMIER RAPPORT

LES TROUBLES DE DEVELOPPEMENT DU LANGAGE

Par M. Jacques LEY (Bruxelles)

M. Jacques Ley envisage successivement : les troubles du langage sans insuffisance intellectuelle primitive (qui sont les plus instructifs et sur lesquels nous nous étendrons principalement), les troubles du langage par insuffisance intellectuelle primitive, et enfin les troubles de la prononciation dans le langage parlé.

A. L'AUDI-MUTITÉ résulte d'un trouble de développement de certaines fonctions, ayant pour conséquence principale un retard considérable dans l'apparition de la forme verbale d'expression symbolique chez des enfants entendants, dont

l'intelligence et le développement physique sont normaux ou ne présentent que des troubles légers par lesquels ne peuvent s'expliquer ni l'absence, ni l'insuffisance de la parole.

D'après les observations personnelles de l'auteur et celles qu'il a pu recueillir dans la littérature, le symptôme audi-mutité peut avoir pour cause : a) un retard de développement de la gnosie auditive ; b) un retard de développement des fonctions praxiques ; c) des troubles partiels de l'audition ; d) un retard de développement de la fonction cérébelleuse ; e) des troubles psychiques ; f) des lésions cérébrales en foyer ; g) des malformations graves de certains organes périphériques de la parole.

L'audi-mutité par agnosie auditive d'évolution, est la « surdité verbale congénitale sans surdité », la « congenital worddeafness » ou « congenital auditory imperception » des auteurs anglais.

L'élément dominant réside ici dans une surdité pour le sens des mots chez des enfants normaux physiquement et mentalement. Un examen minutieux de l'audition est nécessaire pour éviter la confusion avec certains cas de surdité partielle.

Cette agnosie n'est pas seulement verbale ; elle s'étend dans une certaine mesure aux sons musicaux, aux sons ordinaires ou aux bruits.

Il est donc plus exact de parler d' « agnosie auditive » que de « surdité verbale », la seconde n'étant qu'une des manifestations de la première.

Bien que la gnosie visuelle soit intacte, il existe certains défauts de la compréhension des symboles graphiques, lesquels sont dus, en partie, à l'absence de parole articulée et aux difficultés d'abstraction qui en résultent. Ils compliquent le trouble primitif de la gnosie auditive.

Les moyens d'expression de ces enfants se limitent à une sorte de langage individuel formé d'expressions rudimentaires et surtout de gestes (« idioglossie »).

En ce qui concerne la pathogénie de l'affection, l'absence de tout document anatomique nous réduit à des hypothèses.

Il est vraisemblable d'admettre qu'il s'agit d'un trouble de développement cérébral, probablement bilatéral, portant sur certaines régions du cerveau en rapport avec la gnosie auditive.

L'audi-mutité, par retard de développement des fonctions

praxiques, ou audi-mutité idiopathique, résulte d'un déficit particulier de la motricité, et se rattache au grand syndrome de la *débilité motrice* de Dupré.

Le tableau clinique est caractérisé par : apparition tardive de la station debout et de la marche ; turbulence ; instabilité motrice ; maladresse de tous les mouvements volontaires. Cette maladresse est d'autant plus grande que les mouvements demandés sont compliqués, et elle atteint son maximum pour les mouvements symboliques de relation, tels que le dessin et la parole articulée.

La gnosie auditive est intacte. Ces enfants comprennent parfaitement bien le langage parlé. Le trouble de la parole a pour cause un défaut d'articulation qui consiste surtout dans l'incapacité de juxtaposer les syllabes. L'intégrité de l'intelligence pour tous les concepts qui ne dépendent pas directement des fonctions praxiques supérieures peut être mise en évidence par l'emploi de tests spéciaux. Les lacunes mentales portent surtout sur les notions abstraites.

En l'absence de documents anatomiques, on est en droit de supposer que l'affection résulte d'un trouble de développement cérébral portant sur les régions motrices des deux hémisphères.

Dans *l'audi-mutité par troubles partiels de l'audition*, forme qui serait d'après certains auteurs la plus fréquente, il s'agit d'agnosie auditive à prédominance verbale, due à un trouble congénital de développement des voies acoustiques afférentes. Il y a surdité pour certains tons, ce qui empêche une compréhension suffisante de la parole humaine pour acquérir le langage.

Le tableau clinique est le même que dans l'audi-mutité par agnosie auditive d'évolution.

Des troubles de développement au niveau du *système cérébelleux* pourraient aussi, d'après certains auteurs, entraîner un état d'audi-mutité par incoordination des mouvements. On peut mettre en évidence dans ces cas des troubles vestibulaires.

Des troubles psychiques (inhibitions, troubles partiels de la mémoire et de l'attention) peuvent également donner lieu à certains états d'audi-mutité. Ils compliquent fréquemment les formes précédentes.

La paralysie pseudo-bulbaire congénitale ou infantile s'accompagne souvent d'une incapacité de parler avec audition intacte et intelligence peu touchée. Ces cas sont intéressants à comparer avec les formes d'audi-mutité sans signes de lésions cérébrales en foyer.

B. ALEXIE ET AGRAPHIE D'ÉVOLUTION (cécité verbale congénitale). — L'incapacité d'acquérir la lecture et l'écriture est souvent un symptôme d'arriération mentale grave.

Cependant, ce trouble peut apparaître chez certains enfants comme un défaut intellectuel électif, l'intelligence étant par ailleurs intacte ou même supérieure.

La « cécité verbale congénitale » peut présenter des aspects cliniques très variés d'après les fonctions psychiques atteintes. Les deux formes principales sont la forme *verbale* et la forme *littérale*. Le plus souvent, les lettres sont connues ; les difficultés surgissent pour la lecture et l'écriture des mots, ou pour l'écriture seule. Le dessin est normal et souvent très développé. La lecture et l'écriture des chiffres, le calcul, sont le plus souvent normaux. La gnosie visuelle est intacte.

Le trouble apparaît comme une déficience élective de certaines fonctions synthétiques en rapport avec la représentation graphique du langage articulé. Cette déficience peut exister malgré une intelligence normale ou supérieure sans aucun trouble de tous les autres processus d'abstraction et de synthèse.

L'affection présente un caractère héréditaire et familial ; elle évolue en général vers l'amélioration et la guérison. On peut supposer qu'elle est due à un retard dans la maturation de certains centres ou à la myélinisation tardive de certaines voies d'association.

C. LA SURDI-MUTITÉ. — L'étude de l'état mental du sourd-muet montre l'importance du langage articulé pour le développement de l'intelligence, surtout en ce qui concerne les notions abstraites, et les liens étroits qui unissent l'étude du langage à celle de la pensée en général.

Les troubles du langage par insuffisance intellectuelle globale et primitive (imbécillité et idiotie), sont extrêmement complexes et ne présentent qu'un intérêt secondaire au point de vue qui nous occupe. Il en est de même des troubles de la prononciation dans le langage parlé (bégayement, blésité et bredouillement).

CONCLUSIONS

Le langage n'est jamais atteint dans son développement comme le serait une « fonction » indépendante. Il n'est troublé que par le déficit des différents facteurs primaires dont il dérive. Le déficit primaire, bien qu'il prédomine sur le langage oral, le déborde largement dans tous les cas.

Les troubles prédominent sur la parole à cause de l'importance des éléments gnosiques et praxiques qu'elle comporte. Le déficit de ces fonctions se présente dans la règle, comme un retard plutôt que comme un vice ou un arrêt de développement. Ce sont des troubles d'évolution.

Il en est de même des troubles d'intégration du langage écrit. Ceux-ci se présentent avec un caractère beaucoup plus électif que ceux du langage oral. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un trouble de langage, mais d'un défaut intellectuel partiel qui atteint un niveau fonctionnel supérieur à celui de l'expression orale.

Tous les troubles d'intégration du langage sont plus fréquents dans le sexe masculin que dans le sexe féminin. Ce phénomène est d'une interprétation délicate.

L'étude des troubles de développement du langage montre que l'acte verbal met en jeu les principales modalités de l'activité cérébrale, et qu'il n'est pas possible de lui attribuer, ni anatomiquement, ni même fonctionnellement, un caractère autonome.

DISCUSSION DU RAPPORT

Mlle FEYEUR (de Lyon). — L'audi-mutité par agnosie auditive d'évolution, sans déficit intellectuel primitif est extrêmement rare ; on peut même mettre en doute son existence. Avant de poser ce diagnostic, il faut faire un examen très minutieux de la fonction auditive. Un examen détaillé peut révéler de mauvais entendants et des entendants partiels. Le professeur Collet, de Lyon, a fait à ce sujet des études très précises. Par contre, nous sommes d'accord avec le rapporteur pour dire qu'il existe des cas d'audi-mutité par troubles dysphasiques et dysarthriques. Ceux-là sont les véritables « entendants muets ».

Nous sommes également d'accord avec le rapporteur pour admettre qu'il existe des cas de mutisme par troubles du caractère, combinés peut-être avec des troubles psychiques.

M. A. POROT (d'Alger). — Communique un cas médico-légal ayant trait à la responsabilité pénale des sourds-muets. Il relate le cas d'un homme de 30 ans sourd-muet, qui tua son père au cours d'une discussion provoquée par son remariage. M. Porot a conclu à une atténuation de la responsabilité ; en effet, les sourds-muets n'ont pas le sens des obligations morales, ils ne comprennent pas exactement leurs responsabilités et beaucoup d'entre eux ont des traits mineurs accessoires de débilité.

M. le Prof. Aug. LEY (de Bruxelles). — En ce qui concerne l'incapacité congénitale d'acquisition de la lecture, le terme cécité verbale congénitale (wordblindness) paraît bien mal choisi et ne pas correspondre à désigner l'ensemble des cas. Pour les auditifs qui « entendent » la constitution des mots et leur graphisme correct, pour les sujets à représentation gnosique abstraite, la visualisation, ne jouent qu'un rôle secondaire et il ne peut être question de cécité. Malgré que certaines formes de ces troubles congénitaux de l'expression verbale soient parfois fixes, il est évident que pour la plupart d'entre eux, il s'agit de troubles évolutifs.

Il paraît donc plus exact d'abandonner le terme de cécité verbale congénitale et de parler d'alexie et d'agraphie d'évolution.

M. VAN GEHUCHTEN cite un cas d'aphasie motrice et compare les symptômes observés à ceux de l'audi-mutité idiopathique.

M. DECROLY (de Bruxelles), insiste sur la nécessité d'améliorer et d'unifier les méthodes d'examen du langage chez l'enfant pour arriver à des résultats comparables.

Réponse du Rapporteur. — M. Jacques LEY. — Nous adressons nos vifs remerciements aux membres du Congrès qui ont pris la parole dans cette discussion, et qui ont apporté à notre travail des remarques intéressantes et des documents nouveaux.

Nous tenons à répéter tout d'abord que les cas choisis comme « types » dans la classification que nous avons adoptée ne doivent pas être considérés comme fréquents. Ils sont au contraire plutôt rares, mais peuvent être considérés jusqu'à un certain point comme purs, et présentent par là un intérêt théorique particulier. En outre, leur étude facilite l'analyse des cas plus complexes que l'on rencontre dans la pratique.

Nous sommes tout à fait d'accord avec Mlle Feyeux pour insister sur l'importance d'un examen minutieux de l'audition périphérique, et sur la grande fréquence des troubles de cette fonction chez les enfants qui présentent des troubles de la parole.

Cependant, nous ne voyons pas pourquoi il faudrait écartier *a priori* la possibilité de troubles congénitaux de la gnosie auditive qui ont été décrits par divers auteurs.

COMMUNICATIONS SE RAPPORTANT AU SUJET DU RAPPORT

Un trouble rare de l'évolution du langage chez un enfant de 8 ans, par M. G. VERMEYLEN (de Bruxelles). — Chez cet enfant, on trouve des troubles de prononciation intenses, mais qui disparaissent dans la répétition. Un frère, plus âgé, qui a présenté la même infirmité, s'est guéri spontanément.

Il s'agit primitivement d'une insuffisance de la discrimination auditive verbale, qui a entraîné une prononciation vicieuse. Ce phénomène, en soi normal, est ici rendu anormal par l'intensité et la persistance des troubles de prononciation. L'enfant, par suite de sa mauvaise discrimination auditive verbale, n'a pu se corriger.

A l'heure actuelle, le trouble auditif initial est presque disparu et les résultantes verbo-motrices sont en voie de s'amender.

Un cas d'audi-mutité idiopathique en voie de guérison, par M. G. VERMEYLEN (de Bruxelles). — Il s'agit d'un cas assez rare d'un enfant comprenant le langage mais ne pouvant parler. Il existe une émotivité de type inhibitoire et une très légère insuffisance mentale qui à eux seuls ne peuvent expliquer l'infirmité, mais qui peuvent pourtant être une entrave à sa guérison. L'audition est normale, mais la discrimination auditive fine est peu développée. Ce sont surtout les fonctions motrices et praxiques qui sont atteintes et qui conditionnent l'audi-mutité. L'enfant franchit les étapes motrices plus lentement que l'enfant normal et présente, de plus, un déficit électif pour la plus importante d'entre ces fonctions : le langage.

Il n'existe pas de traitement, mais un bon moyen adjvant est l'emploi de la méthode belge de démutisation de Herlin et Decroly.

Sur la dys-orthographie, par M. A. LEY (de Bruxelles).

La crampe des écrivains. Influence de techniques professionnelles défectueuses, par M. CALLEWAERT (de Bruxelles).

La valeur diagnostique et pronostique du quotient intellectuel chez les enfants anormaux ; — Les enfants surdoués ; à propos d'un cas de précocité intellectuelle, par M. DECROLY (de Bruxelles).

DEUXIÈME RAPPORT
LES ANGIONEVROSES

par MM. DIVRY et M. MOREAU (de Liège)

Les auteurs ont pour but principal d'étudier la physiologie pathologique des angionévroses. Ils constatent d'abord que ces affections, dont la physionomie clinique apparaît si diverse, sont liées entre elles par le terrain sur lequel elles évoluent : on doit en effet faire une grande place dans leur étiologie à un état névrosique particulier (névrose vasculaire ou diathèse exsudative angioneurotique) : cet état comporte, outre des troubles névrosiques d'ordre assez banal, une « ataxie vasomotrice », c'est-à-dire un nombre de symptômes traduisant le déséquilibre du système vasculaire périphérique (bouffées de chaleur, dermographisme accusé, tendance à l'urticaire et aux ecchymoses, fréquence des varices).

Les symptômes principaux dont la réunion constitue le tableau clinique des diverses angionévroses peuvent se partager en deux groupes : troubles de la contractilité vasculaire, troubles de la perméabilité capillaire. La contractilité vasculaire est normalement influencée par quatre facteurs prépondérants : intervention du système nerveux ; action des glandes endocrines ; variations de l'équilibre humoral ; modifications chimiques des tissus périvasculaires. On peut penser *à priori* que les angionévroses pourront dépendre de l'un de ces facteurs ou de plusieurs réunis. La contractilité artérielle et veineuse ne fait plus de doute à l'heure actuelle, mais l'existence d'une autonomie contractile des capillaires est moins généralement admise : il existe cependant en sa faveur un tel ensemble d'arguments qu'il semble bien qu'on doive la tenir pour réelle.

La question de la localisation des centres vaso-moteurs dans l'axe cérébro-spinal est encore trop fortement controversée pour qu'on puisse se prononcer avec certitude. Ce qui est plus certain, c'est que les fibres vaso-constrictrices proviennent du système grand sympathique et qu'elles cheminent dans les gaines vasculaires ; quant aux nerfs vaso-dilatateurs, dont l'existence n'est d'ailleurs pas admise par tous les auteurs, ils seraient renfermés dans les racines postérieures des nerfs rachidiens. Il paraît bien établi à l'heure actuelle qu'il existe un certain automatisme vas-

culaire se produisant en dehors de toute intervention du système nerveux central ; cet automatisme serait dû à l'existence de cellules ganglionnaires situées dans les parois vasculaires. Cet appareil nerveux entretient dans les vaisseaux un certain tonus et permet l'existence de réflexes vasculaires ; au cours des angionévroses, on rencontre des modifications de ce tonus (inégalités tensionnelles aux membres symétriques, oscillations brusques de la pression artérielle) et des modifications des réflexes (réflexes plus difficiles à obtenir, inversion des réflexes, dysréflexie vaso-motrice). Les affections angioneurotiques peuvent, par ailleurs, revêtir une étiologie réflexe (rôle du froid ; troubles vaso-moteurs consécutifs aux traumatismes). Ce qui démontre encore l'influence des facteurs nerveux dans la genèse de névroses vasculaires, c'est la coexistence fréquente de celles-ci avec des affections du névraxe et, d'autre part, l'effet de certains procédés thérapeutiques dirigés sur le système nerveux (sympathectomie périartérielle, irradiation de la moelle).

L'intervention des facteurs endocriniens ne fait aucun doute : on sait que les affections des glandes à sécrétion interne s'accompagnent fréquemment de troubles vaso-moteurs. L'hypophyse et la surrénale paraissent agir par leur influence vaso-constrictrice ; l'action vaso-motrice physiologique de la thyroïde n'est pas démontrée, mais les altérations de cette glande comptent parmi celles qui s'accompagnent le plus fréquemment de troubles vasculaires ; le pancréas jouirait peut-être d'un pouvoir inhibiteur sur l'hypertension artérielle ; quant à l'ovaire, il semble bien qu'il remplisse un rôle important dans le maintien du tonus veineux.

Sous l'influence du chimisme humorale, les diverses portions de l'appareil vasculaire périphérique subissent des modifications de calibre : les alcalins provoquent la vasoconstriction, tandis que les acides agissent plutôt comme vaso-dilatateur. Le régime alimentaire pourrait aussi modifier fortement les réactions capillaires.

On sait que les modifications des tissus périvasculaires jouent un rôle très important dans les réactions vaso-motrices locales. Les excitants physiques ou chimiques de toute nature donnent des réponses vaso-motrices identiques (dermographisme rouge et blanc ; tache rouge ; papule urticarienne). Ces modifications sont dues à la mise en liberté d'une substance du groupe histaminique (H. substance) ; or, on n'ignore pas que l'histamine est un poison capillaire.

Les modifications de la contractilité vasculaire au cours des angionévroses peut se produire dans deux sens opposés: vaso-constriction et vaso-dilatation. La première détermine l'angiospasme qui est la base de toute une série de névroses vasculaires. L'angiospasme joue un rôle important dans la production de la claudication intermittente et dans celle de la moelle ; il intervient encore dans les syndromes de claudication pulmonaire de Frugoni et de claudication intestinale d'Ortner ; il joue un rôle incontestable dans la production de certains états angineux, de l'angionévrose douloureuse du sein, de certaines affections cérébrales, rétinienques et labyrinthiques, du syndrome de Raynaud et peut-être de la sclérodermie. Aux angiospasmes se rattachent certains états d'hypertension artérielle connus en Allemagne sous le nom d'hypertonie essentielle.

La vaso-dilatation peut dériver de deux mécanismes principaux : l'excitation des vaso-dilatateurs qui donne naissance à l'erythromégalgie et l'abolition du tonus vaso-constricteur qui engendre l'acrocyanose.

La perméabilité capillaire est troublée dans des névroses vasculaires très diverses. Cependant, c'est dans l'urticaire et dans l'œdème angioneurotique que le trouble est à son maximum. Ces deux syndromes relèvent, semble-t-il, d'une cause anaphylactisante quelconque ; ils seraient déterminés par la production d'H. substance dans les tissus péri-vasculaires.

DISCUSSION DU RAPPORT

M. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) rappelle les recherches de Vulpian, les premières en date sur les vaso-moteurs ; il estime que la diathèse exsudative-angioneurotique correspond à ce que les rapporteurs appellent vagotonie constitutionnelle. L'indépendance fonctionnelle des vaisseaux, artérioles, capillaires, etc., apparaît aussi dans l'acropathologie. L'acropathologie logique s'explique par ce que l'on sait sur la physiologie de l'ortho-sympathique (angiospasme des ptosiques, crise hypertensive de l'adénome surrénal, acrodynie) ou du para-sympathique. Les cas qui ne s'expliquent pas ainsi supposent l'intervention du méta-sympathique, lequel ne se conçoit pas anatomiquement, mais physiologiquement (influences hormonales et ioniques). M. Laignel-Lavastine attire l'attention sur l'importance de la méthode concentrique qu'il a décrite pour explo-

rer toutes ces données que chacun interprétera ensuite selon ses théories personnelles.

Réponse des rapporteurs. — Il est évident que les troubles névropathiques rangés sous le titre de névrose vasculaire ou de diathèse angioneurotique comportent une bonne part de symptômes qu'on rencontre de façon banale chez les névrosés et qui traduisent manifestement un déséquilibre vago-sympathique. Cependant, dans la névrose vasculaire, l'accent se place sur l'ataxie vaso-motrice.

Nous remercions M. Laignel-Lavastine, qui a apporté à ce rapport des précisions et des extensions que le cadre restreint qui nous était imposé ne nous permettait pas d'y faire entrer.

COMMUNICATION SE RAPPORTANT AU SUJET DU RAPPORT

Les variations plethysmographiques des extrémités sous l'influence de la douleur chez l'homme, par M. R. NYSSEN (d'Anvers). — Les résultats de cette intéressante étude expérimentale sont en contradictions apparentes avec ceux admis généralement. Ils permettent d'admettre que la douleur détermine une vaso-constriction périphérique dans la grande majorité des cas. Mais, en raison de l'intervention concomitante d'une augmentation de la pression artérielle, cette vaso-constriction ne peut être synonyme ici de réduction du calibre vasculaire et par suite de diminution de volume du membre. Au contraire, sous l'action d'une douleur plus ou moins intense, nous relevons le plus souvent une augmentation volumétrique des extrémités. Chez un même sujet, les diminutions du volume de la main correspondent en général à une douleur subjective moins vive que les augmentations de ce volume. Certains sujets seulement semblent réagir surtout ou exclusivement par une diminution du volume des extrémités. En conclusion, contrairement à l'opinion des auteurs, chez la plupart des sujets normaux la douleur plus ou moins intense détermine le plus souvent une augmentation de volume des extrémités.

L'hypothèse téléologique de Weber est donc inadmissible.

Cette augmentation du volume pléthysmographique semble due en premier lieu à une distension passive des vaisseaux par augmentation de la pression diastolique.

Sur quelques cas d'endartérite oblitérante simulant la maladie de Raynaud, par M. TOLOSA-COLOMER (de Barcelone).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Remarques sur le début de la maladie de Friedreich ; formes paralytiques et diagnostic avec les myopathies, par MM. André DEVIC (de Lyon) et Georges KAPSALAS (d'Athènes).

Les auteurs apportent trois cas de maladie de Friedreich dans lesquels le début s'était fait avec une prédominance telle de la faiblesse musculaire que le diagnostic était resté hésitant pendant plusieurs années. L'impotence, surtout apparente à la ceinture pelvienne, avec même de l'atrophie, avait fait poser le diagnostic de myopathie. L'absence des réflexes tendineux, la présence de scoliose légère ne pouvait naturellement pas suffire à empêcher le diagnostic.

Ce n'est que plus tard que les signes se compléteront et que le diagnostic de Maladie de Friedreich put être posé avec certitude. Il faut donc penser à la possibilité de ce diagnostic différentiel, difficile dans les premières années de la maladie.

Tumeur du cervelet. — M. VAN GEHUCHTEN rappelle que, dans le rapport sur les tumeurs du 4^e ventricule, MM. Van Bogaert et Martin ont insisté sur le syndrome cérébelleux de la ligne médiane ; le syndrome serait caractérisé surtout par des douleurs, de la raideur des muscles de la nuque, une attitude antalgique de la tête, de l'hypotonie musculaire, de l'ataxie de la marche qui contraste avec le manque de symptômes cérébelleux aux membres supérieurs. Leur opinion est donc opposée à celle de Marburg.

M. Van Gehuchten relate deux cas : 1^o celui d'un homme de 40 ans, chez qui les signes furent des céphalées, des douleurs paroxystiques s'irradiant vers la nuque ; cet homme avait une attitude en rigidité atteignant parfois à un véritable opisthotonus ; une démarche ébrieuse de l'hypotonie musculaire. A l'intervention, on découvrit une tumeur de l'hémisphère droit du cervelet extirpable en bloc. Malheureusement, il s'agissait d'un tuberculome et la mort survint par généralisation. Or, dans ce cas, la tumeur siégeait en dehors de la ligne médiane.

2^o Le cas concerne un homme de 20 ans, qui se plaignait de céphalées progressives avec irradiation dans les muscles du cou ; il existait de la raideur des muscles de la nuque, de l'hypotonie ; une diminution puis une abolition des réflexes tendineux ; le tableau d'un hémisyn-
drome cérébelleux droit. Il n'y avait pas de papilles de stase. Le

diagnostic clinique était donc, tumeur de la ligne médiane, mais évoluant vers l'hémisphère droit. A l'intervention, on découvrit que la tension était forte surtout à droite et on ponctionna cet hémisphère. Le malade succomba deux jours plus tard et l'on découvrit à l'autopsie un gliome du volume d'une noix dans la partie intérieure du lobe droit ; cette tumeur était indépendante du vermis mais faisait saillie sur le plancher du 4^e ventricule.

En conclusion, il importe de se montrer très prudent en faisant le diagnostic de syndrome de la ligne médiane quand on soupçonne une tumeur du cervelet.

Les manies délirantes, par M. Charles MASSAUT (Lierneux).

Restauration et rééducation des muscles après poliomyélite épidémique ; film présenté par F. Sano, par MM. Charles LEROY-LOWMAN (Los Angeles) et F. SANO (Gheel).

Note sur le liquide céphalo-rachidien dans la démence précoce, par M. RENARD (Mons).

Symptômes toxi-infectieux et psychoses, par MM. RUBBENS et QUVRINEN (Lede).

Action paradoxale de la scopolamine. Apparition de crises convulsives chez des épileptiques à la suite d'injections de scopolamine ou de scopolamine-morphine, par M. A. LEROY (Liège).

Jacques LEY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du 16 juin 1930

Tabès amaurotique et troubles mentaux, par MM. A. COURTOIS, H. PICHARD et RUBENOVITCH. — Les auteurs relatent l'observation d'un Arabe atteint de syphilis nerveuse avec tabès puis névrite optique et cécité. Il présente des illusions ou hallucinations visuelles conscientes en rapport avec les lésions rétiennes, un syndrome d'automatisme mental avec idées de persécution, enfin un affaiblissement intellectuel encore modéré qui indique la diffusion de la lésion névralgique. Réactions du liquide céphalo-rachidien de type paralytique. Ils rappellent à ce sujet une autre observation à peu près semblable.

Un cas d'encéphalopathie saturnine, par MM. E. Toulouse et A. COURTOIS. — Femme de 51 ans, alcoolique ancienne qui, depuis 10 ans, après un début de cirrhose, ne boit que du lait. Intoxication saturnine professionnelle. Au décours d'une troisième crise de colique de plomb, état de stupeur ; intolérance gastrique absolue ; deux crises épileptiques. Azotémie, 3 gr. 82. Rétention chlorée légère. Anémie, 1.800.000. Disparition progressive de la confusion mentale après la baisse de l'azotémie.

Dans ce cas, les symptômes observés paraissent devoir être rangés, du moins en partie, dans le cadre de l'urémie nerveuse.

L. MARCHAND.

Séance du 21 juillet 1930

Syndrome d'automatisme moteur, par MM. J. TINEL et P. SCHIFF. — Montrent un malade chez lequel se déroule à la moindre incitation un syndrome moteur spasmodique, d'abord localisé à la face sous forme de tics et de grimaces avec immobilisation consécutive en masque tragique, puis une agitation motrice généralisée, incoordonnée et d'aspect théâtral. Ce sujet avait présenté d'abord un syndrome d'automatisme psychique, avec idées de possession, écho et prise de la pensée, etc., sans signes moteurs ; la réduction des idées délirantes imposées a signalé le début de l'automatisme moteur incoercible.

On peut discuter si, au point de vue nosographique, le sujet doit être considéré comme schizophrène ou un pithiatique ; au point de vue étiologique, on peut envisager le rôle d'une infection encéphalique. Les auteurs ne veulent pas s'attarder à une telle discussion, pour laquelle l'anamnèse est trop imprécise et l'évolution morbide trop récente. Ils attirent l'attention sur la succession curieuse d'un syndrome d'automatisme moteur survenant à la suite, et de façon vicariante, d'un syndrome d'automatisme psychique. Ils se demandent s'il s'est agi, dans ce cas, de troubles fonctionnels qui ont mis en cause des régions ou des synergies cérébrales voisines.

Un cas d'encéphalite typhique, par MM. P. SCHIFF et A. COURTOIS. — Homme de 35 ans, qui a déjà présenté vers 20 ans, à la suite d'une scarlatine, un épisode délirant ayant motivé l'internement.

Le nouvel accès se manifeste d'abord par de l'excitation psycho-motrice, puis par un état de stupeur de type mélancolique. Liquide céphalo-rachidien normal. Fièvre peu élevée. Pas de signes intestinaux de typhoïde, agglutination à l'Eberth (1/300) ; hémiparésie progressive gauche 4 jours avant le décès qui survient 13 jours après l'entrée. A l'examen histologique, méningo-encéphalite avec nodules infectieux amicrobiens, périvasculaire. Hémorragies miliaires dans la région frontale droite expliquant les signes neurologiques constatés. Deux autres foyers d'hémorragies miliaires au niveau de la face interne du lobe occipital droit et à la partie supérieure du lobe occipital droit. En outre, lésions méningées anciennes paraissant en rapport avec l'infection cérébrale consécutive à la scarlatine.

Syndrome paralytique par méningo-encéphalite scléreuse, par MM. PACTET, L. MARCHAND et DEMAY. — Il s'agit d'un sujet, à hérédité chargée, qui présente à l'âge de 41 ans un syndrome paralytique. Seule la constatation des réactions négatives humorales, sanguine et rachidienne, empêche de porter le diagnostic de paralysie générale. Mort à l'âge de 47 ans. L'examen histologique de l'encéphale décèle des lésions de méningite chronique, des foyers de sclérose, des lésions d'endartérite. Les auteurs attribuent cette forme de méningo-encéphalite à un agent différent du virus syphilitique.

Tumeur du septum lucidum ; syndrome pseudo-bulbaire, par M. L. MARCHAND.

L. MARCHAND.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

A. TERSON : Hallucinations visuelles chez les ophtalmopathes (Soc. fr. d'Opht., Congrès de mai 1930).

Les hallucinations visuelles affectent d'innombrables sujets dont les yeux fonctionnent normalement. Dans les cas d'ophtalmopathies, certains auteurs ont affirmé que l'hallucination était sous la dépendance *directe* des altérations chorio-rétiniennes. Cela n'est pas encore prouvé.

A. Terson apporte diverses observations à ce débat : un alcoolique avec amblyopie et hallucinations lilliputtiennes : une cataracte sonulaire avec hallucinations lilliputtiennes de circonstance (ronde de catherinettes) : une hérédo-syphilitique avec choroïdite et pachyméningite, avec hallucinations variées, une syphilitique cérébrale avec atrophie totale des nerfs optiques, un double décollement rétinien, avec hallucinations polymorphes chez ces deux malades, une ténonité où les hallucinations étaient déjà survenues auparavant.

De l'analyse des cas antérieurs et des siens, Terson conclut que, pour les illusions visuelles comme pour la plupart des autres hallucinations sensorielles, il est très difficile d'admettre un rapport direct et spécialisé avec l'état périphérique de l'organe des sens. Si ce point de départ était régulier, ces hallucinations spécialisées et conformes seraient habituelles. Or, le nombre infini des lésions spontanées, traumatiques, opératoires de l'œil et de l'orbite, n'en entraîne pratiquement jamais. Les délires post-opératoires ou de la chambre noire n'ont d'autre motif que le dépaysement momentané de sujets à tête faible.

Il en est autrement pour les néoplasies intra-craniques où l'irritation des bandelettes, des lobes corticaux et temporaux produit assez souvent des hallucinations visuelles intéressant la localisation et le traitement chirurgical.

Sans rejeter absolument l'origine ophtalmopathique de

l'hallucinose, elle reste accompagnée d'un état encéphalique, mental ou général anormal, qui suffirait, comme chez les innombrables sujets à yeux sains, à la produire.

Pfahler GERHARD : « *Eros et Sexus* », *Le Magazine pédagogique*, cahier n° 1.318. Langensalza. Hermann Beyer et fils (Beyer et Mann), 72 p. Prix : 1 Mk. 25.

L'auteur s'attaque à l'éternel problème des rapports entre l'amour et la question sexuelle chez les jeunes. C'est un sujet qui intéresse au plus haut degré les parents et les éducateurs.

G. FAIL.

Schneider ERNST : *La psycho-analyse et la pédagogie*, *Le Magazine pédagogique*, cahier n° 1.303. Langensalza, Hermann Beyer et fils (Beyer et Mann), 72 p. Prix : 2 Mk. 30. Relié, 3 Mk.

Un petit opuscule sur la psycho-analyse destiné aux pédagogues. A la lueur de 11 observations de cas médico-pédagogiques, l'auteur cherche à démontrer l'utilité de la psycho-analyse dans le domaine pédagogique.

G. FAIL.

Koch HEWIG : *Le problème de deux générations dans la poésie allemande contemporaine. Contribution à l'étude des rapports de deux générations*, *Le Magazine pédagogique*, cahier n° 1.308, Langensalza, Hermann Beyer et fils (Beyer et Mann), 116 p. Prix : 3 Mk.

L'auteur pense que l'étude des rapports de deux générations dans la poésie contemporaine peut contribuer à l'étude psychologique de ce grave problème.

L'auteur s'y place au point de vue psychologique ; il compare les données fournies par la poésie avec celles de la psychologie scientifique.

G. FAIL.

Croner ELSE : *L'âme de la jeune fille*, *Le Magazine pédagogique*, cahier n° 996, 5^e éd. Langensalza, Hermann Beyer et fils (Beyer et Mann), 92 p. Prix : 2 Mk. 25.

Le psychisme de la jeune fille de différentes classes sociales, voilà le sujet de ce petit volume. Nous y voyons des élèves des lycées ainsi que de jeunes domestiques. L'intérêt médico-psychologique réside dans la description de cette jeune fille, qui oscille entre la jeune fille normale et la jeune psychopathe, qui donne toutes sortes de difficultés aux éducateurs.

G. FAIL.

éditions de la Société des amis des sciences humaines et sociales de l'Université de Paris. — **VARIÉTÉS**

NECROLOGIE

D^r LOURADOUR

Le docteur Louradour tué par un aliéné

Le 11 juin dernier, au cours de sa visite journalière, le Docteur Louradour, médecin-chef de l'Asile d'aliénés de la Cellette (Corrèze), fut violemment frappé au ventre par un malade armé d'un pieu.

Transporté dans une clinique de Royat et opéré aussitôt, le Docteur Louradour, qui était atteint de six perforations de l'intestin, est décédé le 20 juin.

Ancien élève de l'Ecole de Médecine de Clermont, ancien conseiller général de la Corrèze, aide-major de 1^{re} classe pendant la guerre, blessé à Bapaume et fait prisonnier, le Docteur Louradour avait reçu la croix de chevalier de la Légion d'honneur. Il avait 62 ans et était médecin de l'Asile de la Cellette depuis 26 ans. M. le Ministre de la Santé publique lui a décerné la médaille d'or de l'Assistance publique (arrêté du 18 juin 1930).

Le service de la Cellette, maison religieuse, est fait par moitié, par un médecin d'Eygurande et un médecin de Bourg-Lastic, aucun médecin du cadre ne consentant à aller s'isoler dans cette région, magnifique en été, mais particulièrement sauvage et où le climat est des plus rudes en hiver.

DISTINCTION HONORIFIQUE

Légion d'honneur. — Est promu au grade d'officier M. le D^r de Massary. Toutes nos félicitations à notre aimable et savant collègue.

H. C.

NOMINATIONS

Mlle le Docteur SERIN, médecin des Asiles, détachée à l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, est nommée médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de M. le Docteur DAUSSY.

M. le Docteur FROMENTY, médecin-directeur de l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle) est nommé médecin-chef de service du quartier d'aliénés annexé aux hospices de Tours, en remplacement de M. le Docteur Paul ABÉLY.

M. le Docteur DUCOS, médecin-chef de service à l'Asile public autonome de Cadillac, est nommé médecin-chef de service à l'Asile public autonome de Château-Picon, en remplacement de M. le Docteur LATREILLE.

Mlle le Docteur CULLERRE, médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Lorquin, est nommée médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Maréville, en remplacement de M. le Docteur LALANNE.

M. le Docteur MESTRALLET, médecin des Asiles, reçu au concours de 1930, est nommé médecin-chef de service à l'asile privé, faisant fonction d'asile public, de St-Jean-de-Dieu, à Lyon, en remplacement de M. le Docteur CARRIER.

M. le Docteur GARDES, médecin-chef de service à l'établissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire, est nommé médecin-chef de service à l'asile public autonome de Cadillac, en remplacement de M. le Docteur DUCOS.

VACANCES DE POSTES

Un poste de médecin-directeur est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle) par suite du départ de M. FROMENTY.

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'Asile de Lorquin par suite du départ de Mlle CULLERRE.

Un poste de médecin-chef de service est actuellement vacant à l'asile privé faisant fonction d'Asile public de Lommelet (Nord) par suite du décès de M. le Docteur LELONG.

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile d'aliénés de La Charité-sur-Loire (Nièvre), par suite du départ de M. le Docteur GARDES.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Fondée en 1888, cette association a pour but d'établir et d'entretenir des relations entre les internes anciens et nouveaux, de resserrer les liens qui peuvent exister entre eux et de sauvegarder leurs intérêts professionnels au point de vue matériel et moral.

Elle est ouverte après six mois de fonctions dans l'un des

services de la Seine, à tous les internes titulaires qui sont présentés par deux membres de l'Association.

L'Assemblée générale se réunit régulièrement une fois par an, le dernier lundi du mois de mai. La dernière réunion qui a eu lieu exceptionnellement le 5 juillet, a été suivie comme autrefois d'un banquet qui fut très gai et permit à beaucoup de renouer d'anciennes amitiés.

M. René CHARPENTIER a été élu Président du Comité en remplacement de M. Henri COLIN.

Il fut décidé de revenir à la tradition d'un dîner annuel et de reprendre la publication régulière de l'annuaire de l'Association, annuaire rempli de renseignements utiles non seulement aux anciens internes des asiles de la Seine, mais à tous ceux qu'intéresse la carrière de médecin des asiles publics ou des maisons de santé. La dernière édition de l'annuaire date de 1925.

Actuellement sous presse, la nouvelle édition sera envoyée gratuitement à tous les membres de l'Association.

La cotisation annuelle a été fixée à 25 fr. pour les anciens internes, à 15 fr. pour les internes en exercice.

Tous les anciens internes des asiles de la Seine auront à cœur de faire partie de cette association, d'assister à l'Assemblée générale et au dîner annuel et de contribuer par cette modique cotisation, à la publication régulière d'un annuaire qui, tout en facilitant l'accès de notre profession, les renseigne utilement sur l'adresse et les fonctions d'anciens camarades dont ils regrettent souvent d'avoir été séparés.

Envoyer les *adhésions nouvelles* au Docteur Paul COURBON, secrétaire du Comité de l'Association Amicale des internes et anciens internes des asiles publics d'aliénés du département de la Seine, médecin-chef à l'Asile de Vaucluse à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

L'annuaire n'ayant pas paru depuis cinq ans, les internes et anciens internes déjà membres de l'Association faciliteraient l'établissement des listes et assureraient l'expédition de l'annuaire à leur adresse exacte en envoyant, au Docteur Paul COURBON, l'indication lisible et précise de leur nom, prénoms, date de concours, fonctions et adresse actuelle.

CONGRES NEUROLOGIQUE INTERNATIONAL

Berne (Suisse), 31 août-4 septembre 1931

Une Commission préparatoire, où figuraient des représentants de la plupart des pays intéressés, s'est chargée

d'établir le programme du Congrès neurologique international de 1931 et d'en assurer l'organisation. Les dispositions prises par cette Commission prévoient que les sessions auront lieu à Berne (Suisse) du 31 août au 4 septembre. Tous les médecins s'occupant de questions de neurologie, dans le monde entier, pourront participer au Congrès ; il importera toutefois qu'ils fussent, autant que possible, membres d'une association ou d'une société — soit nationale, soit locale — de neurologie, de psychiatrie ou de neuropsychiatrie.

La cotisation a été fixée à 25 francs (suisses), somme qui ne comprend pas la distribution des comptes rendus des travaux du Congrès. Tous ceux qui désireront se procurer ces comptes rendus pourront les obtenir à un prix qui sera fixé par la suite.

Le Comité d'organisation forme le vœu que les différents groupes nationaux appelés à siéger au Congrès soient éminemment représentatifs des études neurologiques dans chacun de leurs pays.

L'Agence de voyage Thos. Cook et Son, place des Cygnes, Lucerne, prétera son concours au Comité local suisse pour organiser le logement des membres du Congrès à l'hôtel et éventuellement chez des particuliers, dans la ville même de Berne et dans son voisinage immédiat.

Le programme provisoire du Congrès est le suivant :

1^o « *Les méthodes de diagnostic et de traitement (chirurgical et autre) dans les tumeurs cérébrales.* »

Séances du matin et de l'après-midi du lundi 31 août.

La préparation du programme est confiée à M. le Pr Nonne.

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : Sir James Purves-Stewart, MM. Cushing, Trotter, Vincent, de Martel, Foerster.

2^o « *Le tonus musculaire : anatomie, physiologie et pathologie.* »

Séances du matin du mardi 1^{er} septembre.

La préparation du programme est confiée à Sir Charles Sherrington.

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. von Economo, Ramsay Hunt, Rademaker, Wilson, Thévenard.

3^o « *Les infections aiguës, non suppurées du système nerveux.* »

Séance du matin du jeudi 3 septembre.

La préparation du programme est confiée à M. le Pr. Guillain. Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Marburg, Buscaino, Greenfield, Marinesco, Pette, André-Thomas, van Bogaert, Wimmer.

4^e « *Le rôle du traumatisme dans la production des symptômes nerveux.* »

Séance du matin du vendredi 4 septembre.

La préparation du programme est confiée à M. le Pr. Rossi.

Liste des rapporteurs proposée (à titre d'indication) : MM. Charles Symonds, del Rio Hortega, Lhermitte, Jelliffe, von Sarbò, Veraguth, Naville.

A l'exception de la séance du lundi après-midi, réservée à la fin de la discussion relative aux tumeurs cérébrales, les séances de l'après midi seront consacrées aux communications portant sur des sujets divers. Pour le mercredi 2 septembre, jour de congé, il est prévu une excursion qu'organisera le Comité suisse.

Le programme des séances devant être arrêté à une date ultérieure, ceux des membres du Congrès qui désireraient soumettre des communications à l'examen du Comité d'établissement du programme, sont priés de bien vouloir annoncer les titres de leurs communications au président de leur Comité national respectif jusqu'au 1^{er} novembre au plus tard et de lui en faire parvenir un résumé avant le 1^{er} décembre 1930.

Les langues officielles du Congrès sont : le français, l'allemand, l'anglais et l'italien.

Les communications ne devront pas excéder une durée de trente minutes, et devront être, autant que possible, parlées et non lues. Toutefois, au cas où un membre du Congrès n'aurait pas une habitude suffisante de l'une des quatre langues officielles, il aura la faculté de lire sa communication dans l'une de ces langues. Les interventions de chacun des membres du Congrès dans la discussion ne devront pas dépasser une durée de dix minutes. Des résumés des rapports et communications à présenter seront, dans toute la mesure réalisable, distribués aux membres du Congrès.

Président : B. SACHS.

Secrétaire général : Henry ALSOP-RILEY.

Secrétaire local : Charles DUBOIS.

(20, Falkenhoeheweg, Berne).

SECTION DES VOYAGES DE « BRUXELLES-MEDICAL »

CROISIÈRE EN ORIENT

(Paques 1931)

Pour répondre au désir à lui exprimé de tous côtés, *Bruxelles-Médical* a décidé qu'une grande croisière s'effectuerait, sous ses auspices, à Pâques 1931.

L'itinéraire sera le suivant :

Marseille (départ), Tripoli d'Afrique, Alexandrie (Le Caire), Jaffa (Jérusalem, Bethléem), Beyrouth (Baalbeck, Damas), Rhodes, Istanbul (Constantinople, Mer Noire), Le Pirée (Athènes), Corfou, Naples (Pompéi), Marseille (retour).

Le départ aura lieu le 28 mars et le retour le 23 avril.

Le navire qui effectuera le voyage est le paquebot de grand luxe « *Champollion* » (15.000 tonnes), de la Compagnie des Messageries Maritimes, une des plus belles unités de la flotte française, spécialement affrété.

Deux classes sont prévues, avec un prix minimum médical de 4.675 fr. français en 1^{re} classe, et de 2.825 fr. français en 2^e classe.

Deux tarifs par classe ont été établis : l'un pour les docteurs en médecine et leurs familles (femmes de médecins et enfants mineurs célibataires), ainsi que les étudiants en médecine ; l'autre, pour les personnes qui, ne faisant pas partie du corps médical, se feront inscrire sur recommandation de leur médecin de famille. Priorité aux médecins.

Des excursions facultatives et forfaitaires seront organisées dans toutes les escales. Le prix en sera très modéré, malgré le change élevé des pays visités.

En raison du succès considérable remporté en 1926 par la croisière médicale du « *Lotus* » en Orient (500 personnes y prirent part), et du nombre très élevé d'inscriptions déjà recueillies pour la croisière du « *Champollion* », les personnes que le voyage intéresse sont priées de se faire connaître d'urgence à la Section des Voyages de *Bruxelles-Médical*, 29, boulevard Adolphe-Max, à Bruxelles, qui enverra sur demande le programme de la croisière, ainsi que le plan et la photographie du navire.

Il sera tenu compte de l'ordre d'arrivée des inscriptions.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 41.305



DOCTEUR HENRI COLIN

*Médecin en Chef Honoraire de l'Asile Clinique (Sainte-Anne)
Secrétaire Général de la Société Médico-Psychologique
Rédacteur en Chef des Annales Médico-psychologiques (1920-1930)*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

HENRI COLIN

(1860-1930)



Les *Annales Médico-Psychologiques* sont dans l'affliction aujourd'hui. La mort vient de leur ravir celui qui depuis 10 ans les dirigeait et qui, depuis une quarantaine d'années, leur apportait la plus précieuse collaboration.

Le respect et l'attachement profonds que j'avais pour lui m'ont fait choisir par le Comité de Rédaction pour rendre hommage à sa mémoire. Je m'efforcerai donc de résumer son œuvre et de caractériser l'activité vigoureuse et bienfaisante qu'il dépensa pour la cause de l'aliénation mentale, en commençant par esquisser rapidement sa vie, puis en envisageant brièvement les quatres principes

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Octobre 1930. 1. 12

paux aspects sous lesquels il s'est manifesté : d'abord, comme organisateur de l'assistance des aliénés criminels, ensuite, comme défenseur des conceptions psychiatriques françaises, après, comme champion des intérêts des aliénistes, enfin, comme protecteur des infirmiers et infirmières d'asiles.

**

Henri Colin, qui naquit à Paris le 22 septembre 1860, fut élevé dans le culte passionné de la liberté, et fut dressé dès l'enfance à la lutte et à la souffrance pour des idées. Il n'avait que 10 ans lorsque son beau-père, le Docteur Regnard, condamné à mort pour sa participation au mouvement de la commune, dut s'enfuir en Angleterre en l'emmenant avec sa mère. Ce n'est que 9 ans plus tard, après le vote de la loi d'amnistie, que les fugitifs furent autorisés à rentrer en France.

Les capacités scientifiques et administratives du Docteur Regnard qui, sous la Révolution, lui avaient valu d'être secrétaire du préfet de police Rigault, furent aussitôt remarquées par le Gouvernement de la République. Il fut nommé inspecteur général du Ministère de l'Intérieur et, en cette qualité, s'employa à réformer l'assistance des aliénés. Il publia diverses études médicopsychologiques, notamment au cours des années 1897, 1898 et 1899 dans les numéros de notre revue, une longue et catégorique réfutation de la théorie de Lombroso sur la parenté du génie et de la folie. Tout naturellement, il orienta son beau-fils vers la carrière aliéniste et lui en facilita l'accès.

Mais, avant cette époque d'aisance, les années d'exil avaient été très dures. Et le jeune garçon y avait gagné de tremper son énergie et d'apprendre

parfaitement l'anglais, langue dans laquelle il dut faire toutes ses études secondaires.

A Paris, où il arriva à 20 ans, en 1880, on lui accorda l'équivalence des diplômes qu'il avait obtenus à l'Université de Londres et il put s'inscrire à la Faculté de Médecine.

Externe des hôpitaux, il travailla, successivement, chez Cornil, Hayem, Germain Séé et Charcot. Dans le service de ce maître, dont il adopta pour toujours les doctrines, il resta deux ans. C'est là qu'il se lia avec le futur explorateur Jean-Baptiste Charcot, et devint l'hôte du Boulevard St-Germain, comme il le décrivit dans la chronique parue ici-même, en 1925, à l'occasion du Centenaire du Chef de l'Ecole de la Salpêtrière. Tous les deux, avec l'aide de Blin, recueillirent les magnifiques « *Leçons du Mardi* ».

Reçu au concours de l'internat des asiles de la Seine en 1887, il fit une année à Villejuif, chez Briand, une année à Sainte-Anne, chez Bouchereau, une année à l'Infirmerie spéciale du Dépôt, chez Paul Garnier. Dans ces temps reculés, où le principe du bon plaisir des internes ne régnait pas, les conflits n'étaient pas exceptionnels entre l'Administration et la salle de garde. C'est à cette date que remonte la réputation de lutteur d'Henri Colin. Et c'est à Villejuif que naquit, entre Pactet et lui, l'amitié légendaire, dont le temps a prouvé la vérité historique.

Reçu en 1890 au concours de l'adjuvat des asiles de la région de Paris, il exerça les fonctions de médecin-adjoint, d'abord, à St-Gemmes, près d'Angers, puis à La Rochelle. Mais, au bout de deux ans d'essai d'adaptation aux conditions d'existence de l'adjuvat, il demandait sa mise en disponibilité.

C'est alors que tous ceux qui désiraient la réforme des abus surannés, se mirent à le considérer comme un chef.

En 1894, il était désigné par le Ministre de l'Intérieur pour assurer le service médical et pharmaceutique de la Maison Centrale de Gaillon, dans l'Eure, et, en 1899, on ajoutait à cette affectation celle à un service analogue dans la Colonie pénitentiaire des Douaires. Dans ces postes, où ses initiatives ne subissaient aucune entrave hiérarchique, il se révéla si excellent psychiatre et organisateur, que l'administration elle-même vint solliciter sa collaboration.

Le Conseil général de la Seine, par délibération du 29 décembre 1897, ayant arrêté la formation d'une Commission mixte composée d'administrateurs, de professeurs, d'architectes et de médecins des asiles de la Seine, pour l'étude des questions intéressant l'hospitalisation des aliénés, le Docteur Henri Colin, bien que résidant dans un autre département, fut nommé membre de la dite Commission. Désormais, sa maîtrise en matière d'assistance ne fut plus contestée.

En 1901, il était nommé médecin-chef des Asiles de la Seine, et comme tel chargé d'organiser l'installation d'un service d'aliénés criminels et vicieux dans un asile de la Seine. C'est Villejuif qui fut choisi.

L'ouverture de ce service n'eut lieu qu'en mars 1910. D'ici-là, il fréquenta assidûment celui de Pactet. Et c'est de cette façon que les internes de celui-ci, dont moi-même, devinrent les siens.

Sur son initiative et celle de ses deux amis, Pactet et Vigouroux, auxquels se joignirent ses autres collègues, le Concours spécial de la Seine fut créé

en 1907. Ce fut l'ouverture d'une ère de polémiques : protestations du Congrès de Dijon, recours de l'Amicale au Conseil d'Etat, etc., qui dura jusqu'à la guerre, et dont les échos retentirent encore épisodiquement après elle.

L'année suivante, naquit, dans les mêmes conditions, la Société clinique de médecine mentale, quelques semaines après l'ouverture de la Société de psychiatrie, dont la création avait été une surprise pour les médecins des asiles de la Seine, dont Magnan. Et cette double naissance fut également celle de rivalités. Cela n'empêcha pas l'activité scientifique et philanthropique de Colin de suivre le cours qu'il lui avait donné depuis son retour à Paris : à la Société médico-psychologique, dont il devint, après la mort de Ritti, secrétaire général en 1920, et dont il fut le président en 1919 ; aux *Annales médico-psychologiques*, dont il fut le rédacteur en chef depuis 1920 ; à la Société clinique de médecine mentale, dont il fut le secrétaire perpétuel depuis ses débuts ; au Congrès des aliénistes et neurologistes de France qu'il présida à Besançon en 1923 ; à la Société médicale des Asiles de la Seine, dont il fut l'un des fondateurs puis le président et dont il resta pendant très longtemps le secrétaire ; à l'Association médicale des internes en médecine des Asiles de la Seine, où il joua les mêmes rôles ; à l'Association mutuelle des aliénistes ; à l'Amicale des aliénistes, qu'il présida en 1925 ; à l'Ecole des Infirmières et des Infirmiers des Asiles de la Seine, dont il fut le secrétaire du Comité de perfectionnement ; au Comité d'Hygiène mentale ; à l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, dont il fut depuis 1911 membre du Conseil de famille.

Pendant la guerre, son Service avait été, sur sa demande, affecté à des malades mentaux militaires. Il fut l'âme de l'organisation de la réunion des Sociétés médico-psychologique, clinique de médecine mentale et de psychiatrie, où furent discutés les rapports de la guerre avec la paralysie générale et la confusion mentale.

En 1922, il quittait le service des aliénés difficiles de Villejuif pour Ste-Anne où il remplaçait Briand à l'admission créée par Magnan. Et là encore il dut lutter pour conserver la création de son maître. La même année, il organisa la célébration du Centenaire de la thèse de Bayle sur la Paralysie générale.

En 1923, il eut la mission délicate de présider le Congrès des aliénistes et neurologistes dont certains désiraient la disparition. Il fut de ceux qui s'y opposèrent victorieusement. Il contribua aussi à donner un vif éclat à la séance d'inauguration du monument Magnan à Ste-Anne.

L'âge de la retraite qui sonna en 1925 ne fut pas l'heure du repos. Il continua à travailler et à fréquenter assidûment ses chères sociétés. La même année, il prenait part à l'organisation de la célébration du centenaire de Charcot, et en 1927 à celle de la célébration du centenaire de Pinel, qui attirèrent l'affluence des savants du monde entier.

Cette vie laborieuse n'avait d'autres délassements que les joies familiales. Il adorait sa femme, était autant l'ami que le père de ses enfants, et recevait d'elle et d'eux la même ardente affection. Ils allaient pendant l'été rechercher la fraîcheur, dans un gracieux petit coin du versant occidental des Vosges, à Wissembach. Et alors que j'étais interne à Villejuif, les ébats des enfants Colin

remplissaient souvent les alentours de l'asile aux jours de dimanche et de fête, que toute la famille venait passer chez l'ami Pactet.

Quand le père s'absentait seul, c'était pour des voyages d'études en France, en Angleterre, à Budapest, en Belgique. Signalons à ce sujet qu'il était membre correspondant de plusieurs sociétés psychiatriques étrangères et que depuis 1921 il était Chevalier de la Légion d'Honneur.

Deux chagrins fondirent sur lui. Le premier fut la guerre ; le second, la maladie et la mort de celui de ses fils qui avait embrassé la carrière médicale. Son patriotisme intransigeant lui eût fait accepter le sacrifice de ses trois fils et le sien propre pour la patrie. Le cadet était trop jeune pour le champ de bataille. L'aîné en revint blessé. Le second, qui avait été blessé et gazé, en rapporta le germe de la maladie lentement implacable qui le tua en 1928.

Bien qu'il n'importunât pas ses amis de ses plaintes, la longue agonie de son enfant mina les forces du père. Jusqu'au bout néanmoins, il continua apparemment la même existence, assistant avec la même régularité aux séances de Ste-Anne et de la rue de Seine. Il vint encore en juillet à la réunion de l'internat. Mais il exigea qu'on acceptât sa démission de Président, toujours refusée jusque-là. Il n'assista pas au banquet dont il était toujours le plus gai convive et qu'il terminait invariablement en emmenant l'assistance chez Balzard où il l'abreuvait de bière.

Il avait mauvaise mine, se sentait oppressé et, pour me décider à ne pas le retenir, il me montra l'enflure de ses jambes ; mais il ne parla pas de maladie. Il prit part aux discussions, désigna René

Charpentier comme le successeur qu'il voudrait avoir et rentra chez lui annonçant son départ en vacances.

Suivant son désir, personne ne le revit, sauf les médecins, sa famille et le fidèle Pactet qui lui ferma les yeux. Avec un silencieux stoïcisme, il attendit la fin qui arriva le 19 octobre.

**

Organisateur de l'assistance des aliénés criminels, c'est comme tel que sa renommée est le plus étendue.

Les déséquilibrés antisociaux, jeunes et vieux, il les avait vus de près à la prison de Gaillon et à la colonie des Douaires de 1890 à 1901. Il les avait recherchés avec son ami Pactet dans les prisons et les asiles de France et de l'étranger. Ensemble, ils allèrent en Angleterre en 1897. Et, en 1903, le Ministre de l'Intérieur les chargeait d'une mission de dépistage des aliénés dans les prisons, mission toute gratuite, mais pour laquelle l'Académie de Médecine leur octroya en 1904 le prix Montbinne.

Les deux auteurs publièrent leurs premiers résultats dans deux petits volumes : *Les aliénés dans les prisons* (Paris, Masson) et *Les aliénés devant la justice* (Paris, Masson), qui eurent le plus grand retentissement par la révélation des faits qu'ils apportaient. L'Académie de Médecine leur décernait pour cela le prix Baillarger de 1902.

Les autres publications principales de Henri Colin sur la matière sont son rapport devant la Commission mixte du Conseil Général de la Seine en avril 1899, ses rapports annuels à la Préfecture de la Seine de 1903 et de 1910, un article des *Annales médico-psychologiques* d'octobre 1912.

Mais la question des aliénés criminels, tant au point de vue clinique qu'au point de vue assistance est complètement exposée dans l'article qu'il publia avec son ancien interne Georges Demay : *Les aliénés délinquants et criminels* (Traité de pathologie médicale de Sergent, 2^e édition, Maloine, 1926). Sont étudiés d'abord les anormaux pervers qui sont caractérisés par un arrêt de développement de l'affectivité et du sens moral, par la perversion des instincts, par le contraste de l'intégrité relative des facultés intellectuelles et par les réactions antisociales permanentes qui sont la conséquence de leur constitution. Ils sont étudiés dans leur hérédité, dans l'enfance (indocilité, instabilité, homosexualité, maraudages, vagabondages), au service militaire (indisciplines, fugues), dans la vie en liberté (inadaptabilité, vagabondage, prostitution, manque de résistance à l'alcool, simulation de la folie pour échapper à la justice), dans la vie à l'intérieur de l'asile (protestations de validité mentale, réclamations de sortie, fomentation de complots, etc.). Le diagnostic est longuement discuté.

Une deuxième partie est consacrée aux aliénés à réactions dangereuses. L'étude y est faite des rapports que les divers crimes et délits peuvent avoir avec les diverses psychoses. Et l'importance des tendances du sujet préalablement à l'éclosion de l'aliénation y est affirmée. Enfin l'utilisation des aliénés non pervers, par les pervers non aliénés est exposée, ainsi que les conditions d'apparition des psychoses pénitentiaires.

La troisième partie traite longuement de l'assistance ; y sont indiquées les mesures destinées à prévenir ces réactions dangereuses (expertise psy-

chiatrique des délinquants suspects, examen médical de tous les prévenus, inspection psychiatrique des prisons, exemples pris dans les réformes pénitentiaires belges, mesures législatives à prendre). Critique y est faite des quartiers d'asiles annexés aux prisons à cause du caractère infamant d'une telle annexion, préconisation d'asiles régionaux. Nécessité du retour du condamné à la prison, après guérison, pour prévenir les simulations. Nécessité de l'intervention judiciaire pour le placement et le maintien des aliénés dangereux. Possibilité pour le médecin de provoquer le passage de l'asile spécial dans un asile ordinaire, à quelque moment que ce soit, quand le malade est devenu inoffensif. Importance primordiale de travail dans cet asile.

Quant à la description matérielle de l'asile de sûreté, elle est faite dans le rapport adressé en 1910 à la Préfecture de la Seine, et dans les comptes rendus de la commission de surveillance.

**

Conservateur des conceptions psychiatriques françaises, tel est le caractère qui le signale parmi les aliénistes.

Certes, il se tenait parfaitement au courant du mouvement scientifique mondial. Mais il soutenait que la médecine mentale était une science française, et que la plupart des nouveautés n'étaient que des redites ignorées, déguisées ou plagiées. « Je ne pense pas qu'ici non plus (à propos de la tendance actuelle en médecine mentale, de dissocier les symptômes par l'analyse), nous ayons innové et que nous devions assister à un bouleversement général de la psychiatrie. Croit-on par exemple que Séglas, Chaslin, Arnaud, Sérieux et

tant d'autres, pour ne citer que des vivants, ne soient pas allés très loin dans cette voie, tout en respectant les cadres anciens ? » (Discours du Congrès de Besançon).

Il avait lu et médité nos vieux auteurs. Et il proposait aux jeunes, la publication de pages choisies dans l'œuvre des grands aliénistes français. Les deux maîtres dont il subit le plus l'influence sont Charcot et Magnan. Son respect de la pensée de ses devanciers lui faisait conserver jusqu'à la forme et à la composition de la revue dans laquelle elle s'était exprimée.

C'est avec scepticisme qu'il accueillit les synthèses édifiées hors de nos frontières, de la psychose maniaque dépressive, de la démence précoce, de la schizophrénie, de la psychanalyse. Et il avait horreur des néologismes.

Il n'est pas de question psychiatrique qu'il n'ait considéré et surtout du point de vue pratique. C'est ainsi que, pendant la guerre, il se prononça pour l'attribution d'une pension aux paralytiques généraux qui avaient combattu et protesta contre l'application automatique de cette pension à tout psychopathe mobilisé.

Sa thèse inaugurale en 1890 fut un *Essai sur l'état mental des hystériques*. L'hystérie est une entité morbide au même titre que la folie héréditaire des dégénérés. Elle a ses signes caractéristiques. Mais elle s'allie fréquemment aux autres formes neuropathologiques, au tabès par exemple ou à la folie héréditaire. C'est l'impressionnabilité extrême des centres psychiques qui donne la clef de toutes les manifestations psychiques ou motrices. C'est à cause d'elle qu'on a cru à la simulation des hystériques, mais en réalité ils ont simplement

l'esprit d'imitation. Le délire hystérique n'est pas une forme d'aliénation mentale ; c'est une période terminale ou un équivalent de l'attaque ; il est essentiellement transitoire, rappelant le délire alcoolique par ses hallucinations. L'hystérie n'est pas l'apanage de la femme ; elle ne comporte pas d'érotisme. L'hystérique n'est pervers que si, chez lui, la folie morale s'ajoute à l'hystérie.

L'article sur *l'Hystérie*, publié avec Paul Garnier et qu'il écrivit en anglais pour le Dictionnaire médico-psychologique de Hack Tuke en 1892, est un résumé de sa thèse.

L'article sur *l'Etat mental des hystériques*, paru 11 ans plus tard, en 1903, dans le traité de pathologie mentale de Gilbert Ballet, en est le développement. Il y expose les théories nouvelles de Janet, Sollier, Pitres, Babinski. Mais il les critique et se sert d'elle pour renforcer la sienne, qui est celle de Charcot. Il y insiste sur la combinaison fréquente de l'hystérie et de la dégénérescence mentale. Et il précise la notion de cette appellation : « Qu'on l'appelle dégénérescence mentale, folie héréditaire, délire partiel, folie morale, déséquilibre mental, il n'en est pas moins exact qu'il existe un groupe de malades fortement entachés d'hérédité morbide, présentant des stigmates physiques et psychiques reliés entre eux par des liens communs, quelle que soit la diversité des différents symptômes qu'ils peuvent présenter, et chez lesquels les différents syndromes, tantôt se superposent, tantôt au contraire apparaissent successivement, se substituant les uns aux autres. »

Cette conception qu'il adopte de Magnan, il l'a décrite avec plus de détails dans l'article sur la *Dégénérescence mentale*, écrit avec Bourilhet pour

le traité de psychologie pathologique d'Auguste Marie, en 1910.

Le discours d'ouverture qu'il prononça en 1923 à Besançon comme Président du Congrès sur *l'Evolution des idées sur la folie*, est une véritable profession de foi où se révèlent ses vues en psychiatrie. « Au début du xix^e siècle, la science psychiatrique, bien qu'à son commencement, est synthétique. Cela en partie à cause des idées sociales de la Révolution qui exigent que le malade mental soit assisté, protégé et rendu inoffensif. La loi de 1838 est la consécration légale de cette science de Pinel et d'Esquirol, fondée uniquement sur la clinique.

Au cours du xix^e siècle apparurent d'autres méthodes que leurs adeptes eurent parfois la prétention de substituer à la clinique. La méthode anatomo-pathologique veut expliquer les troubles mentaux par les lésions du cerveau. Née à l'occasion de la paralysie générale, affection dans la connaissance de laquelle elle fut très précieuse, elle a encore appris à connaître les altérations cérébrales de l'idiotie, de l'épilepsie, des démences organiques. Mais ses renseignements concernant les autres maladies mentales sont bien incomplets. Et ce n'est pas étonnant, car nous ignorons la morphologie réelle du cerveau normal.

La méthode biologique veut expliquer les troubles mentaux par les désordres biologiques, notamment dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne. En neurologie, elle a eu un certain succès pour certains syndromes de Basedow, de myxœdème, de crétinisme. Mais plus on avance, plus on trouve la complexité des organes intéressés dans la production des syndromes dits poly-

glandulaires. Au point de vue mental, elle n'a rien appris. Si l'attaque d'épilepsie devait être rattachée à un choc hémoclasique, comme on l'a prétendu, comment expliquer que chez certains épileptiques à crises fréquentes ces crises puissent disparaître par périodes, alors que durant ces périodes ont dû se produire d'autres crises hémoclasiques ?

Il ne faut pas comparer le milieu de l'être vivant à celui d'un vase de laboratoire, ni confondre l'expérience ou production de réactions dans des conditions parfaitement déterminées, avec l'empirisme ou observation de réactions dont la plupart des conditions sont laissées au hasard. D'ailleurs, Klippel ne dit-il pas que ce sont les désordres nerveux qui ont pour conséquence les modifications humorales ?

La méthode psychologique cherche à rattacher à la psychologie normale les faits constatés chez les aliénés. Mais nous ne savons pas ce qu'est l'intelligence normale, et la psychologie ne semble pas devoir retirer des informations précises de l'étude des aliénés. En introduisant les mots élan vital, courant de conscience, auto-conduction, c'est une métaphysique nouvelle que l'on introduit sans rien clarifier. Si l'on dit que le dément arrivé à l'ultime déchéance psychique a perdu son élan vital, il faut dire la même chose du pigeon décérébré qui se laisse mourir de faim sur un tas de graines, si on ne le gave pas.

La clinique, c'est-à-dire l'observation continue pendant des années et des années, faite en vivant au milieu des aliénés, est la seule méthode capable d'apprendre à les connaître, à les comprendre, à prévoir leurs réactions, à les prévenir et à les guérir. Elle enseigne à celui qui la pratique, le rôle

immense de l'hérédité. Elle montre que les causes occasionnelles : fatigues, émotions, maladies produisent, comme on l'a vu pendant la guerre, une régression de la mentalité atteinte à un stade antérieur, d'où la fréquence des réactions puériles ou des idées mélancoliques qui sont l'expression de notre longue hérédité religieuse. Elle empêche de tomber dans les paradoxes, comme celui qui fait du génie une manifestation de folie, ou dans les erreurs qui font voir des fous, là où ils n'existent pas ; car le nombre des aliénés est extrêmement restreint. Enfin elle établit la limitation du domaine de la psychiatrie et de la neurologie, le domaine des obsessions et des émotions étant commun à ces deux sciences, celui des psychoses étant du ressort exclusif de la psychiatrie. »

Ne peut-on pas voir encore un effet du meilleur traditionalisme dans la bonté qu'il eut envers les aliénés, bonté qui ne cédait pas devant les caprices de l'impulsivité, mais qui lucide soulageait la détresse ?

Il groupait ses malades autant que possible d'après leurs goûts et leurs amitiés, — comme il le disait en discutant l'*Open Door* devant la Société médico-psychologique en 1897. — « La crainte et la répulsion initiale font place à une immense pitié, expliquait-il devant le médaillon de Magnan. On s'aperçoit alors que ces malades ressemblent singulièrement aux autres et que chez eux l'éternelle souffrance humaine se manifeste par les mêmes effets. » Plus loin, faisant allusion au parloir, il ajoutait : « Ne vous semble-t-il pas qu'on doive résERVER aux familles un accueil aussi riant que possible, entourer leur douleur d'images consolantes, leur donner l'impression qu'ils entrent dans un

lieu de traitement et non dans un enfer où ils devraient laisser toute espérance ? »

C'est la pensée de Pinel dans le style de Charcot.

L'étendue des connaissances, la profondeur d'observation et la sensibilité d'un tel penseur prouvent combien chez lui le traditionalisme différait de la routine. Elle justifie l'autorité dont il jouissait auprès de ses confrères, des administrateurs, des magistrats et des législateurs. Elles expliquent pourquoi le sénateur Gérente l'avait prié de collaborer au projet de réforme de la loi de 1838 qu'il voulait porter à la Tribune du Sénat.

**

Champion de l'intérêt des aliénistes, il le fut toute sa vie. Cette attitude qu'il avait adoptée dès l'internat, il la conserva médecin adjoint, allant jusqu'à risquer son avenir et celui des siens, puisqu'il demanda sa mise hors cadre plutôt que d'accepter les conditions humiliantes de l'adjuvat d'alors. « Il ne s'attarda pas, disait M. Pactet en demandant à la Société médico-psychologique de le nommer membre correspondant, dans cette situation subalterne qui ne saurait convenir à tout esprit actif et disposé aux libres initiatives, dans ces fonctions réduites à un rôle représentatif, destinées à rehausser la solennité d'une visite dénuée de tout intérêt pour celui qui les exerce. »

Donner aux travailleurs l'indépendance matérielle et morale, avec les moyens de travailler, voilà son but en supprimant l'adjuvat, en prônant de nouveaux concours, en réclamant la diminution du nombre des malades confiés à un médecin, en créant la Société Clinique de Médecine mentale.

Le concours sur épreuves extemporanées, devant

un jury de médecins compétents et rigoureusement tirés au sort, lui paraissait la meilleure garantie d'impartialité. Par la suite, il accorda plus d'importance aux épreuves sur titres, reconnaissant l'infidélité croissante des récitations théoriques, au fur et à mesure que le candidat est moins jeune.

Le concours de la Seine, loin d'être l'agent de discorde destiné à proclamer l'infériorité des médecins de province, comme on le prétendait, n'était que l'application particulière du principe général de la sélection du plus apte. Si ses promoteurs ne demandaient son application que dans un département, c'est qu'ils n'avaient pas voix au chapitre dans les autres. En tous cas il se méfiait de la cote d'amour, même de sa part. Dans les concours où il fut juge, quel que fut son désir du succès de ses élèves, on ne vit jamais entre les candidats, à propos de leurs titres, ces formidables écarts de points qui rendent le reste des opérations inutile.

Membre du comité de l'Association mutuelle des aliénistes, membre de l'Amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés qu'il présida en 1925, il fut constamment sur la brèche pour ses collègues ou pour leur famille dans l'embarras.

Son dévouement n'oubliait pas ses collègues futurs. Il voyait dans l'internat des Asiles de la Seine la pépinière des meilleurs aliénistes de l'avenir. Et il s'efforçait d'y attirer l'élite des étudiants. Souvent pour cela il demanda le remaniement du programme, ou le déplacement de la date du concours et de l'entrée en fonctions.

Il fut l'un des fondateurs de l'Amicale des Internes et anciens Internes en médecine des Asiles de la Seine en mai 1888. Dès le début il en fut nommé secrétaire. C'est lui qui en rédigea les statuts. C'est

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Octobre 1930. 2. 13

lui qui sut recueillir la somme des renseignements très précieux que contient l'annuaire. Depuis 1919 jusqu'à juillet 1930, il fut le président actif du Comité. Et il le serait encore si la maladie ne l'avait terrassé. Il aimait à donner aux jeunes les conseils que ceux-ci lui demandaient. Il les mettait en garde contre les velléités anarchiques dont l'épanouissement risquerait de détruire dans l'avenir les avantages acquis par leurs aînés.

Dans un esprit de concorde il avait pris la décision de proposer la dissolution de la Société de Clinique mentale et son intégration, en même temps que celle de la Société de psychiatrie, dans la Société médico-psychologique. Il lui en avait coûté de voir disparaître, alors qu'elle était en pleine prospérité, possédant des adhérents nombreux dans le monde entier, ayant un bulletin dont la publication régulière chez le même éditeur formait une collection incomparable de documents, une Société dont il était l'animateur et le secrétaire perpétuel depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis 22 ans. Mais il était heureux de voir régner l'entente. Et il s'était rallié à la formule de René Charpentier pour lequel il avait une grande estime et qu'il désirait avoir à côté de lui comme rédacteur en chef adjoint des *Annales médico-psychologiques*.

En somme, après avoir bataillé pour les aliénistes, il eut non seulement la joie d'assister au triomphe de la plupart de ses idées, mais encore il reçut la plus éclatante réparation possible lorsque les deux Assemblées, Congrès et Amicale, qui jadis avaient fait appel aux autorités contre ses initiatives, l'élurent pour leur président.

Quelle meilleure preuve donner et de la justesse de sa cause et de l'apaisement définitif des querelles

d'antan ? Evoquer celles-ci n'est plus courir le danger de les réveiller. Heureusement ! car comment narrer la vie d'un lutteur, sans dire qu'il a combattu ?

**

Protecteur des infirmiers et des infirmières des Asiles, il le restera éternellement dans la mémoire du personnel secondaire de la Seine.

Son nom est indissolublement associé à celui de Bourneville dont « les médecins des hôpitaux, les médecins des asiles et le personnel hospitalier ne sauraient, comme il le proclamait à l'inauguration du monument de Magnan, sans ingratitudo méconnaître les immenses services ».

Secrétaire général de la Société médicale des Asiles, il mit fréquemment à l'ordre du jour les réformes à apporter dans le recrutement, l'installation, le statut, l'instruction de ces modestes collaborateurs. Secrétaire général de l'école des infirmiers et infirmières, puis du Comité du perfectionnement de ces écoles, il surveilla toujours attentivement l'exécution de ces réformes dont il exposa l'essentiel dans la *Revue de psychiatrie* de mars 1908.

Fondé par Bourneville en 1882, l'enseignement fut complètement modifié en 1906, à la demande du Conseil général, par les arrêtés préfectoraux du 4 avril 1907 et du 31 août 1908. A dater de cette époque, les cours furent décentralisés. Ils eurent lieu dans chaque asile et dans chaque asile, à la fin de chaque année scolaire, le jury tiré au sort parmi les médecins de la Seine, se transporta pour faire passer les examens, sous la présidence du Directeur de l'Assistance départementale, avec la collaboration du Secrétaire général de l'école.

Le 25 mars 1927, Henri Colin présentait un rapport au Conseil de perfectionnement, demandant l'attribution du diplôme d'infirmier d'Etat au personnel des Asiles publics d'aliénés de la Seine ; le Conseil adoptait ces conclusions et les transmettait au Ministère. Le 27 décembre 1927 un décret autorisait cette attribution.

Il estimait très haut la collaboration de ces agents, comme il tint à l'affirmer dans son discours présidentiel du Congrès. « J'ai pour ma part, et à maintes reprises, retiré le plus grand profit des remarques d'infirmiers ou d'infirmières rompus au métier, intelligents, habitués depuis de longues années à observer de près les faits et gestes des malades. Ceux qui vivent au milieu des aliénés, qui entendent leur réflexion, qui les suivent dans leur vie courante si différente de la nôtre, qui utilisent leur service, sont des aides précieux du médecin. Ils savent que tel malade peut se présenter du jour au lendemain dans des conditions tout à fait différentes, que tel autre paraîtra parfaitement sain d'esprit à la visite médicale, alors qu'en réalité ses facultés sont profondément troublées et, inversement, ils ne sont pas tentés de prendre pour des phénomènes nouveaux et de première importance des habitudes, des gestes, des réflexions, des actes qui paraissent en contradiction avec le trouble profond de l'esprit constaté par l'examen médical..... C'est que pour bien connaître les aliénés il faut les avoir longtemps observés. »

Là encore, il se montre le digne successeur de Pinel.

**

Tel fut dans sa vie et dans son œuvre Henri Colin.

Excellent clinicien, parfait organisateur, cœur compatissant, volonté sachant encore mieux persuader que commander, il était né pour la carrière qu'il embrassa.

Observateur clairvoyant d'autrui et de soi-même, ses ambitions furent toujours à la mesure de ses capacités, et dans les postes qu'il occupa, il fut toujours à sa place. Elles ne sacrifièrent jamais l'intérêt général pour son intérêt personnel.

Polémiste courtois et loyal, on ne vit jamais entre les membres de son parti marchant vers le même idéal, éclater de ces inimitiés tapageuses que l'avenir transforme en haines plus retentissantes encore, comme il s'en produit dans les bandes courant à la curée.

Collègue aimable et dévoué, conseiller sûr, maître sans morgue, il s'était acquis des amitiés et des dévouements dans tous les mondes.

Psychiatre éminent, il fut encore mieux que cela : un homme dont le caractère fut à la hauteur de l'intelligence.

L'heure de ses funérailles, où il n'avait pas voulu de discours, fut le symbole de sa vie. La tempête et la pluie faisaient rage; mais ses amis fidèles et nombreux, venus des quatre coins de la France le suivirent jusqu'au bout. Et pendant qu'ils le regardaient descendre dans la fosse, sous l'avalanche de couronnes et de gerbes qu'ils lui avaient apportées, le soleil perça la nue de ses rayons.

Paul COURBON.

LE TRAITEMENT PAR LE SOUFRE (Sulfosine)
de la paralysie générale et de quelques autres
maladies syphilitiques ou non du système
nerveux central

Par SCHROEDER-KNUD

Médecin en chef de l'Hôpital Communal d'Odense
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Copenhague

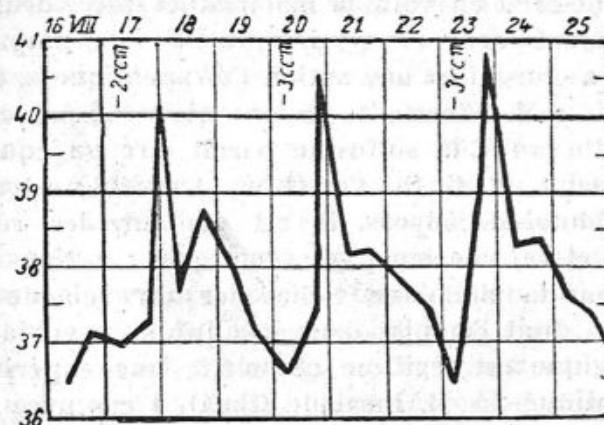
L'introduction de la pyrétothérapie comme traitement dans la paralysie générale, marque un des plus grands progrès thérapeutiques de la science médicale. C'est le mérite impérissable de Wagner-Jauregg de nous avoir donné, avec l'impaludation, le traitement jusqu'à présent le plus efficace de la paralysie générale. C'est donc à juste titre que la malariathérapie est devenue une cure généralement reconnue pour cette maladie et d'autres affections syphilitiques tardives. Quelque active qu'elle soit, l'impaludation est pourtant sujette à certains défauts et dangers, qui limitent en quelque mesure son utilité. La pratique de la malariathérapie est assez compliquée, et le virus vivant qu'on utilise dépend du renouvellement constant du matériel humain, donc, le traitement n'est possible que dans les grands asiles spécialisés.

Etant basée sur une infection, la malariathérapie peut devenir dangereuse, et même amener la mort. Bien que cette éventualité soit extrêmement rare, le danger existe et ne peut pas être éliminé. Si le monde médical a néanmoins adopté l'impaludation, c'est à cause de son action thérapeutique indubitable, dans les cas où elle réussit ; il faut faire observer pourtant

qu'un nombre de malades sont réfractaires au paludisme.

Avec le traitement pyrogène au soufre (traitement par la sulfosine) l'auteur pense avoir trouvé une thérapie à la fois active et absolument sans danger. Par injection intra-musculaire du soufre on produit dans l'organisme malade une réaction thermique de nature chimique.

La technique consiste à injecter dans les masses musculaires de la fesse 1/2 ou 1 cc. d'huile soufrée (sulfosine) ; cette injection est suivie, 12 heures après,



d'une élévation thermique à 40°, suivie d'une lente descente. Lorsque la température est redevenue normale, d'ordinaire après 24-28 heures, une nouvelle injection est faite, et ainsi de suite en augmentant la dose jusqu'à 10 cc. La série comprend 10 injections. Eventuellement, 2 ou 3 séries.

L'auteur a démontré sa thèse par le traitement de 14 cas de paralysie générale. Sur ce nombre, 8 sujets, soit 57 0/0, sont entrés en rémission et ont pu retourner dans leurs familles ; parmi ceux-ci, 5, soit 36 0/0, paraissent guéris et ont regagné la pleine capacité de travail (contrôlés respectivement pendant 6 mois, 1, 4, 5, 6 ans).

De pareils résultats favorables ont depuis été obtenus par MM. Harry Marcuse et Franz Kallmann (Berlin) avec un matériel de paralytiques généraux « dont

l'affection était, en général, bien plus avancée que chez la moyenne des hospitalisés ». Leur statistique comprend 32 cas, avec les résultats suivants : 59 0/0 de rémissions, dont 18,8 0/0, d'apparemment définitives. MM. O. Jacobsen et J.-C. Smith (Hôpital Communal de Copenhague) ont traité par la sulfosine 27 cas. Parmi ceux-ci, 2 avaient déjà été impaludés, mais sans résultat ; leur état ne s'améliora pas. Sur les 25 restants, il y eut 8 rémissions, soit 32 0/0 environ dont quelques-unes très prononcées. On n'a pas eu d'incidents dangereux.

M. Arno Warstadt (Berlin) a traité 11 malades, dont 5 avaient reçu en vain la malariathérapie ; deux d'entre eux entrèrent en rémission. Dans la plupart des cas, on a constaté « une action thérapeutique ». Comme conclusion M. Warstadt déclare que, comparée à la malariathérapie, la sulfosine paraît être un équivalent remarquable. M. G. Stiefler (Linz, Autriche) a traité un nombre total de 50 cas. Il est content des résultats obtenus et résume ainsi ses remarques : « Nous possérons dans la Sulfosine Schroeder un remède pyrogène sûr, dont l'emploi dans la clinique psychiatriquenévrologique est légitime et mérite une expérimentation continuée. » M. Insabato (Bari), 4 cas avec rémissions. M. Waldemiro Pires (Rio-de-Janeiro), rapporte 2 cas, réfractaires à la malariathérapie, améliorés après traitement par sulfosine. MM. Marcuse et Kallmann, M. Warstadt et M. Waldemiro Pires (voir ci-dessus) ont constaté l'action de la sulfosine dans des cas où la malariathérapie était restée sans effet. Tous les auteurs qui ont travaillé avec la sulfosine, en signalent l'innocuité ; MM. Marcuse et Kallmann résument ainsi : « Tandis qu'un processus infectieux implique un certain danger, la sulfosine, tout en exerçant une action pyrogène apparemment équivalente, apporte encore un effet curatif et fortifiant. »

Quant aux conditions sérologiques et l'analyse du liquide céphalo-rachidien, j'ai trouvé — en tant que j'ai pu continuer l'observation de mes malades — que, parmi les rémissions, 5 sont devenues séro-négatives, et leurs liquides rachidiens présentaient une baisse conti-

nuelles de la lymphocytose, en quelques cas jusqu'à l'état normal. Sur 4 cas, sans rémission dans l'état psychique, 2 sont devenus séro-négatifs, et la lymphocytose a baissé (chez un individu, de 493/3 à 6/3, chez l'autre de 31/3 à 6/3). Il faut remarquer cependant que l'effet clinique de la sulfosine — comme celui de l'impaludation — n'a pas une allure parallèle à celle des conditions sérologiques qui peuvent se modifier bien plus lentement.

Selon les renseignements donnés, il paraît évident que l'action thérapeutique obtenue dans la paralysie générale par le traitement au soufre, équivaut à celle de l'impaludation sans en impliquer les dangers et les imperfections. On peut donc y avoir recours aussi dans des cas où la malariathérapie s'est montrée inactive, ou quand l'état du malade en contre-indique l'application.

Les paralytiques généraux soignés par l'auteur ont reçu — alternant avec le traitement au soufre ou en même temps — d'autres remèdes anti-syphilitiques (salvarsan, mercure, quelquefois bismuth). On ne peut donc pas attribuer avec sûreté à la sulfosine seule l'action favorable obtenue sur le syndrome humoral, bien que notre expérience antérieure avec ces malades, réfractaires à la plupart des cures, nous dispose à voir dans ce remède la cause principale du bon résultat.

Afin de constater si le seul traitement au soufre peut agir sur l'infection syphilitique, il fallait traiter quelques syphilitiques uniquement par ce remède. L'auteur a suivi ce procédé dans 4 cas de syphilis cérébro-spinnale, et il a constaté au cours du traitement des écarts considérables — éventuellement une réaction purement négative — dépassant de beaucoup les écarts spontanés qui se présentent. *Il lui paraît légitime de tirer de ces faits la conclusion que le soufre introduit par voie intra-musculaire a produit une action anti-syphilitique.* Cette conclusion s'est trouvée corroborée par le traitement de malades atteints de syphilis tertiaire, latente, congénitale et même primaire ; l'auteur a constaté une action remarquable, non seulement sur les lésions produites par la syphilis, mais sur l'infection même.

Comment cette action se produit-elle ? Nous l'ignorons encore, mais nous supposons qu'elle est liée intimement à la réaction thermique — comme c'est le cas dans la malariathérapie — réaction qu'il faut regarder comme l'expression d'un processus actif déclenché dans l'organisme malade par les injections de soufre.

La courbe marquant les variations de température dans le traitement au soufre diffère pourtant de la fièvre causée par l'impaludation ; la montée est plus soudaine que la descente qui se fait par étapes, décrivant ainsi une courbe très large, caractéristique de la fièvre déterminée par la sulfosine.

Bien que l'action anti-syphilitique de la sulfosine soit ainsi mise en évidence, l'auteur ne pense pas qu'on doive l'appliquer seule ; on pourra l'utiliser à côté de — ou alternant avec — nos remèdes classiques contre la syphilis (salvarsan, arsénobenzol, mercure, bi-iodure, iodure). La sulfosine lui paraît avoir son indication particulière, notamment dans la syphilis nerveuse.

L'auteur a ainsi traité 8 cas de tabès dorsalis, tous entrés en rémission ; chez 2 les douleurs lancinantes cessèrent, chez un de ces derniers une parésie de la vessie (incontinence et rétention) fut complètement guérie ; dans un cas les crises gastriques cessèrent ; dans un autre, l'ataxie diminua, et ce malade eut même une rémission de l'inertie pupillaire. Chez 6 syphilitiques cérébro-spinaux l'auteur a constaté des progrès considérables, allant dans 3 cas jusqu'à une apparente guérison clinique ; chez un de ces malades une atrophie débutante du nerf optique s'enraya. M. L. Winkler rapporte également un bon effet du traitement au soufre dans 3 cas sur 5 d'atrophie du nerf optique dans le tabès. Dans 3 cas de tabès dorsalis M. G. Stiefler a observé une rémission partielle des manifestations spécifiques, et M. L. W. Harrison (Londres) a communiqué à l'auteur un cas d'effet favorable dans le tabès dorsalis.

D'après ces communications on peut considérer comme un fait acquis que nous possédons dans la sulfosine un remède actif contre la syphilis nerveuse.

D'autres lésions du système nerveux central paraissent cependant aussi sensibles à l'action de ce remède, ainsi le *parkinsonisme post-encéphalitique*, la *sclérose en plaques* et la *démence précoce*. Quant à cette dernière maladie, une série de publications rapportent déjà des résultats plus ou moins favorables : 6 cas, dont 3 rémissions (l'auteur) ; 40 cas environ, dont 16 rémissions plus ou moins prononcées (Marcuse et Kallmann) ; 114 cas (Löberg) ; 16 psychoses schizophréniques (Fritz Salinger) dont 4 rémissions. Enfin L. Insabato rapporte un cas avec résultat favorable. Il semble donc que cette psychose, jusqu'ici réfractaire à toute thérapie, offre un champ d'action pour le traitement à la sulfosine.

RÉSUMÉ

Le soufre introduit dans l'organisme par voie parentérale (intra-musculaire), peut déclencher une réaction fébrile de 40° C ou plus, si l'on utilise une préparation appropriée comme la Sulfosine (huile soufrée). Par des injections réitérées (en général 10), ce remède exerce une action thérapeutique prononcée dans la syphilis nerveuse (la paralysie générale, le tabès dorsalis, la syphilis cérébro-spinale) et dans d'autres affections syphilitiques.

Cette action thérapeutique est probablement due en première ligne à une réaction générale de la part de l'organisme, réaction liée à l'élévation thermique. Par son effet, ce traitement paraît comparable à la malariathérapie, sans en impliquer les dangers et les imperfections.

Le traitement par le soufre (la Sulfosine) est complètement inoffensif ; son indication est donc bien plus étendue que celle de l'impaludation, car les contre-indications de celle-ci (âge avancé, débilité générale, graves affections des vaisseaux cardiaques ou maladies rénales) n'excluent pas le traitement par le soufre. On peut l'appliquer aussi dans des cas réfractaires à la malariathérapie, si celle-ci a perdu son effet ou bien est restée sans effet.

La technique du traitement par la Sulfosine est simple, la préparation est durable et toujours prête à l'usage. Ce traitement ne demande donc pas, comme la malariathérapie, des installations ou des précautions spéciales dans l'hospitalisation ; le médecin peut l'appliquer selon le besoin, indépendamment de l'heure et de l'endroit.

D'après les recherches jusqu'ici faites et les rapports publiés, le traitement par la Sulfosine convient surtout à la syphilis nerveuse ; son indication s'étend cependant aussi à la syphilis viscérale et congénitale.

Le traitement par la Sulfosine peut être combiné à d'autres cures antisyphilitiques.

BIBLIOGRAPHIE

ARMENISE (Pietro). — Ulteriore contributo alla piretoterapia chimica nella paralisi progressiva ed in altre malattie del nevrasso. (Zoljoterapia ad mod. Knud Schroeder). *Rivista di patologia nervosa e mentale*, VIII, fasc. 3, Maggio-Giugno, 1930.

HARRIS (Noël-G.). — General Paralysis of the insane by injection of sulphur. *The Lancet*, p. 1068, 1930.

INSABATO (Luigi). — Un Altro Metodo de Piretoterapia chimica nella cura della Paralisi progressiva ed altre Malattie mentali (Le Iniezioni supraperiostali di Zolfo Sublimato ad modum Knud Schroeder). *Bulletino della Accademia Pugliese di Scienze*, anno IV, fasc. 3-4, Aprile-Maggio, 1929.

LOBERG (K.). — Sulfosinbehandlung der Dementia præcox. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie*, 123, p. 449, 1930.

MARCUSE (Harry) et KALLMANN (Franz). — Zur Sulfosinbehandlung der Paralyse und Schizophrénie. *Der Nervenarzt*, 2, 1929, Hefte 3.

MENDIGUCHIA (A), VEGUE (A.-Martin) et MENDEZ (E.-Fernandez). — La piretoterapia por el azufre en el tróssamiento de las psicosis. *La medicina iberos*, Madrid, XIV, N. 668 (30/8), 1930.

PIRES (Waldemiro). — Estado actual do tratamento da paralysia geral, etc. *Archivos Brasileiros de Medecina*, Marco, 1929.

SALINGER (F.). — Ueber Sulfosinbehandlung schizophrener Psychosen. *Archiv. f. Psychiatrie*, B., 86, H. 5/1929.

- SCHROEDER (Knud). — Om Svovlbehandling af Dementia paralytica o. s. v. *U. f. L.*, Nr. 24/1927.
- SCHROEDER (Knud). — Ueber Schwefelbehandling d. Dementia paral. u. s. w. *Klinische Wochenschr.*, Nr. 46/1927.
- SCHROEDER (Knud). — Om Sulfosinbehandling af Nervesyfilis og andre syfilitiske Lidelser. *U. f. L.*, Nr. 9 et 10/1928.
- SCHROEDER (Knud). — Ueber Sulfosinbehandling von Nervensyphilis u. s. w. *Klinische Wochenschr.*, Nr. 35/1928.
- SCHROEDER (Knud). — Behandlung syphilitischer Erkrankungen besonders der Nervensyphilis mit Sulfosin. *Die med. Welt*, Nr. 36/1928.
- SCHROEDER (Knud). — Om Sulfosinbehandling af Schizophrenie (Dementia præcox). *U. f. L.*, Nr. 25/1929.
- SCHROEDER (Knud). — Om Sulfosinbehandling af visse Lidelser af ikkesyfilitisk Oprindelse. *Hospitalstidende*, Nr. 30/1929.
- SCHROEDER (Knud). — Sulfosin das Mittel zur Verdrängung der infektions-therapie der Dementia paralytica. *Psychiatrisch. Neurol. Wochenschr.*, 31, Nr. 27/1929.
- SCHROEDER (Knud.). — Ueber Sulfosinbehandling von nichtsyphilitischen Zentralnervensystem-Erkrankungen (Postencephalitischer Parkinsonismus, Disseminierte Sklerose), und Schizophrenie. *Deutsch. med. Wochenschr.*, Nr. 41/1929.
- SCHROEDER (Knud). — The Sulfosin Treatment of General Paralysis and other Disorders. *The Lancet*, 23 Nov. 1929, p. 1081.
- SCHROEDER (Knud). — Die Schwefelbehandling der Neuro-lues und anderer syphilitischer Erkrankungen. VIII^e Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie (Copenhague, 5-9 août, 1930).
- SCHMITH (J.-Chr.), et O. JACOBSEN. — Sulfosinbehandling af Dem. paralytica. *U. f. L.*, Nr. 41/1929.
- SHILVOCK (W.-H.). — The Pyrogenetic Action of Sulphur in Olive Oil. *The Lancet*, vol. CCXIX (16/8), p. 347, 1930.
- SÖDERSTRÖM (Mikael). — Specifik terapi vid schizophreni. *Nord. med. Fidsskrift*, II, p. 481, 1930.
- STIEFLER (Georg). — Ueber die Sulfosinbehandling bei Nerven, und Geisteskranken. *Psychiatrisch. Neurol. Wochenschr.*, 31, 28/1929.
- WARSTADT (Arno). — Zur Frage der Malaria-Ersatzmittel in der Therapie des Metalues. *Psychiatrisch. Neurol. Wochenschr.*, 31, Nr. 16/1929.
- WINKLER (L.). — Ueber Schwefeltherapie der Optikustherapie. *Wien. kl. Wochenschr.*, 1928, Nr. 11.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SEANCE DU LUNDI 28 JUILLET 1930

Présidence de M. CAPGRAS, président

MM. P. Abély, Collet, Vignaud, membres correspondants assistent à la séance.

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

La mélancolie pancréatique (d'une forme fréquente de la mélancolie d'involution)

par M. P. ABÉLY

Cette communication paraîtra *in-extenso* dans le numéro de novembre des *Annales Médico-Psychologiques*.

Délire cénesthésique

par MM. Raymond MALLET et Pierre MALE

Il s'agit d'une Mme D..., âgée de 56 ans, qui vient à la consultation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 26 mai 1930 pour des troubles qu'elle définit de la manière suivante.

Elle éprouve une sensation de démangeaison, de piqûre, qui, ayant débuté au niveau du cuir chevelu, il y a environ un an, s'est étendue à diverses parties du corps, notamment aux seins, aux aisselles, aux mains,

au dos, mais qui n'atteint ni le pubis, ni les membres inférieurs.

Au début, elle ne savait à quoi attribuer cette sensation. Elle a consulté au bout de quelques semaines à St-Louis où l'on aurait parlé de prurit simple, sans parasitose. Elle a suivi quelques conseils qui lui ont été donnés, y a ajouté d'elle-même certaines interventions (crésyl, onguent gris, cheveux coupés, etc.).

De plus en plus préoccupée elle a cherché une explication à ces troubles.

D'abord elle a pensé qu'elle avait plumé des poulets et pu prendre ainsi quelques parasites.

Puis elle a songé que « ça ne vient pas sur les gens » et elle a trouvé une nouvelle explication. Peu de temps avant l'apparition des démangeaisons elle avait lavé une couverture, particulièrement sale, que son fils lui avait confiée. Cette couverture devait contenir des « morsions » dont elle ne peut plus se débarrasser.

Et parallèlement les sensations se multiplient. La malade aujourd'hui ne sent pas seulement les bêtes, leur piqûre, leur pincement, mais elle les voit. « C'est tout petit, ça sort de la tête, ça dévale sur le corps ; il y en a des blancs et des noirs, des gros et des petits ». Devant nous, elle se gratte, elle dit sentir plusieurs bêtes sur la main, particulièrement d'un côté, et avec le doigt de la main opposée elle semble rassembler les parasites en question à l'extrémité de la main. Elle fait le geste de les recueillir sur un ongle et de les écraser sur celui-ci ; à ce moment-là elle signale le craquement produit par la friction des ongles qu'elle interprète comme un bruit d'écrasement. On constate d'ailleurs des traces d'usure au niveau de l'ongle destiné à cette opération.

La malade ne se déplace pas sans un peigne fin qu'elle passe à chaque instant dans ses cheveux et sans une petite râclette, qui lui sert pour son épiderme.

Elle nous montre sur son vêtement des parasites là où absolument rien n'est visible. Elle ne peut plus s'occuper chez elle aux choses du ménage, craignant par exemple que les bêtes ne tombent sur ce qu'elle touche.

En dehors de ces réactions la malade se comporte à

peu près normalement. Pas de récrimination, pas d'excitation ni de dépression, à peine quelques reproches à son fils de lui avoir confié une couverture dans un tel état.

Dans le passé de la malade rien à noter : mari mort il y a 3 ans, 6 enfants, elle vit avec une de ses filles qui l'a toujours trouvée normale. Ménopause il y a 6 ans.

Pas d'élément toxique (alcoolique, cocaïnique ou autre), ou infectieux.

Nous adressons la malade à St-Louis qui nous répond : prurit sine materia.

Examen des urines : ni sucre, ni albumine, élimination normale.

Dosage d'urée dans le sang : 0,39.

Waßermann négatif.

Métabolisme basal augmenté de 34 0/0.

Il s'agit donc d'une malade qui sur des troubles cénesthésiques a bâti un système délirant et si nous parlons de délire cénesthésique plutôt que de délire hypocondriaque c'est que l'élément intellectuel est tout à fait au second plan.

La malade se contente de donner une explication aux sensations qu'elle ressent et elle la cherche au niveau même où se produisent ces sensations. C'est ainsi qu'après les avoir senties elle a vu les « bêtes » et elle les décrit d'une façon sommaire, mais formelle. Nous avons toutes les transitions entre la sensation primitive, l'illusion et l'hallucination visuelle caractérisée.

Le délire est réduit au minimum et l'on ne peut sûrement pas parler de tendances hypocondriaque, mélancolique, paranoïaque ou autres. On ne peut davantage parler d'automatisme mental. Pas de constitution psychopathique notable. Il est certain qu'on a affaire toutefois à une débile et la question se pose d'une possibilité d'évolution ultérieure vers un délire plus caractérisé ou vers l'affaiblissement démentiel. Il serait prématûr aujourd'hui de faire un de ces deux diagnostics.

Cette malade rappelle par certains points ceux qui sont atteints de sensation obsédante, mais elle s'en éloigne du fait qu'elle ne critique plus celle-ci à aucun

moment, qu'elle va jusqu'à l'hallucination, qu'elle ne présente pas la tonalité anxieuse, les angoisses et tout leur cortège idéatif.

DISCUSSION

M. GUIRAUD. — Par quel diagnostic le dermatologue consulté a-t-il expliqué le prurit de la malade ?

M. MALLET. — Il a dit que la malade était atteinte de prurit essentiel.

M. GUIRAUD. — Je constate que la psychiatrie n'est pas la seule branche de la médecine où les causes des maladies restent inconnues.

Ces douleurs quelquefois très vives dont se plaignent nos malades : prurit, sensation de brûlure, démangeaisons, viscéralgies, etc., nous les appelons des *hallucinations cénesthésiques*. En avons-nous le droit ? Ne serait-il pas plus rationnel d'admettre que ces douleurs sont le résultat d'irritation des zones élevées ou terminales des voies sensitives, le Thalamus par exemple. Comme je l'ai soutenu à maintes reprises, je crois que ce qu'on appelle encore douleurs psychopathiques ou hallucinations cénesthésiques sont de véritables douleurs, véritables parce qu'elles sont provoquées par un excitant sur les centres sensitifs ou végétatifs supérieurs.

M. MALLET. — Je suis tout à fait de l'avis de M. Guiraud et chez les obsédés notamment j'ai considéré qu'une sensation pouvait être le point de départ d'un processus d'angoisse avec mentisme aussi bien qu'une idée.

Un des Secrétaires des séances,

GUIRAUD.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 OCTOBRE 1930

Présidence de M. CAPGRAS, président

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

Allocution de M. CAPGRAS, président

MES CHERS COLLÈGUES,

La Société médico-psychologique vient d'avoir le malheur de perdre son dévoué Secrétaire général, le docteur Henri Colin, qui depuis dix ans exerçait ponctuellement ces fonctions absorbantes.

Elève de Charcot, dont il publia les *Leçons du mardi*, Henri Colin appartenait à cette génération qui a donné les meilleurs maîtres de la psychiatrie contemporaine. Reçu, en 1887, au Concours d'internat des Asiles d'aliénés de la Seine, il se fit aussitôt remarquer par sa curieuse personnalité, sa vive intelligence et des qualités affectives qui lui gagnèrent de nombreuses sympathies. Dès la salle de garde, il noua les liens d'une amitié fraternelle qui ne se desserrèrent jamais. Doué d'un caractère énergique, d'une ardeur infatigable, servi par une parole persuasive et une plume alerte, il créa des œuvres sociales de premier ordre et contribua au développement de l'Assistance des aliénés. Avec son ami, le docteur Pactet, il mena le bon combat dans les articles et des ouvrages universellement connus et couronnés par les Académies et il parvint à réaliser une partie de ses projets.

Peu de temps après son succès au Concours de l'adjuvat des Asiles en 1890, il trouvait, comme médecin du

pénitencier de Gaillon, qu'il réorganisa, une abondante source documentaire et il acquit en criminologie psychiatrique une expérience qui lui permit de fonder à Villejuif une section d'aliénés difficiles qu'il dirigea avec une fermeté souriante. Il passa la majeure partie de sa carrière au milieu de ces déséquilibrés dangereux, pervers et pitoyables, sans craindre leurs violences, mû par le seul souci de réduire leur nocivité et de les orienter vers le travail régénérateur. A leur sujet, il proposa des additions à la loi de 1838 sur le régime des aliénés criminels.

Il ne quitta cette section que pour se consacrer, pendant la guerre, au traitement des commotionnés et succéder ensuite à Marcel Briand dans cet important service d'Admission de Sainte-Anne, illustré par Magnan dont il entretenait pieusement le culte. Il y déploya un zèle inlassable, le rénova, améliora le sort des malades, espérant que ses efforts seraient poursuivis. Ce lui fut un chagrin que de voir, après son départ, ce pavillon Magnan désaffecté, pour céder la place, il est vrai, à un hôpital psychiatrique, déjà célèbre.

Son trop court passage à l'Admission restera néanmoins gravé dans la mémoire de ses élèves qui trouvèrent vraiment en lui un chef : il les entraînait à piocher dans cette mine inépuisable et à communiquer leurs trouvailles, toujours prêt ensuite à les aider de tout son pouvoir. Aussi fut-il aimé des jeunes qui constamment le réélurent à la Présidence de la Société des anciens internes des Asiles de la Seine.

Sa bonté agissante s'étendait au personnel secondaire : il s'employa diligemment à l'instruire, pour le plus grand profit de la psychothérapie avec l'aide de Bourneville ; il institua l'Ecole des infirmiers dont il rédigea le programme et dont il resta jusqu'à son dernier jour le Secrétaire, distribuant chaque année des diplômes à peu près équivalents à ceux des hôpitaux.

Ce grand aliéniste, ce grand administrateur que fut Henri Colin, adorait sa profession et fièrement en exaltait la beauté. A l'étranger, comme en France, et particulièrement en Angleterre, dans toutes les réunions

scientifiques, par son savoir, par sa cordialité, il acquit une renommée qui lui valut les honneurs et aussi les fatigues. Homme d'action, il dédaignait en effet les fauteuils où l'on s'endort et préférait siéger là où l'on gouverne mieux les assemblées, prompt à résister aux attaques directes ou à déjouer les manœuvres occultes. Mais son autorité s'alliait à la plus exquise courtoisie, à la plus stricte loyauté.

Animateur de la Société médicale des Asiles d'aliénés de la Seine, ses interventions pressantes accurent la force de ce groupe et le prestige du titre, lequel, grâce à sa tenacité et en dépit d'une violente opposition, ne s'obtient désormais qu'à la suite des épreuves d'un Concours spécial. Et une fois les polémiques apaisées, ses adversaires eux-mêmes lui rendirent hommage en le nommant Président de l'Association amicale des Etablissements publics d'aliénés.

Aux côtés de Magnan, il fut l'un des fondateurs de la Société Clinique de médecine mentale. Dès qu'elle naquit, il en devint le Secrétaire général et, le demeurant un quart de siècle, il en assura la croissance et la prospérité.

Ces aptitudes éclatantes le désignaient pour un autre Secrétariat perpétuel, celui de la Société médico-psychologique où l'immense majorité de ses collègues l'appela en février 1920, à la mort de Ritti qu'il remplaça également à la rédaction des *Annales*. Il y dépensa son activité et son influence pour en augmenter les ressources et en élargir le rayonnement. Suivant son intention bien arrêtée du premier jour, il continua « la pure tradition française » s'inspirant des idées maîtresses de notre fondateur Baillarger, ne se laissant pas séduire par des mirages trompeurs.

Dans son discours présidentiel à l'un de nos derniers Congrès, il exposa ses convictions inébranlables. Ennemi des doctrines impératives, il conservait la pensée libre et le sens critique aiguisé. Peu enclin à se prêter aux caprices de la mode ou à s'enthousiasmer pour des conquêtes éphémères, il réservait son admiration pour les nouveautés positives et les progrès réels. Les

subtilités psychologiques l'intéressaient sans le captiver. Le laboratoire ne l'éloignait pas du lit du malade. Il croyait à la prééminence de l'observation clinique dans une science où fréquemment les syndromes complexes, les formes atypiques, les évolutions imprévisibles, les genèses obscures échappent encore aux descriptions précises et se dérobent aux affirmations dogmatiques.

Le docteur Henri Colin m'avait admis au nombre de ses collaborateurs. Je fus de ceux qui, réunis à son domicile, le jour où la croix de la Légion d'Honneur récompensa ses longs services, éprouvèrent une émotion inoubliable devant la simplicité de son accueil, la douceur et le charme de son foyer, la sensibilité de son cœur, brisé naguère par la perte trop cruelle d'un fils bien-aimé. Puissent, Mme Colin et ses enfants, trouver l'atténuation de leur douleur inconsolable au souvenir de la tendresse dont il les entourait et de tout le bien qu'il a fait. En votre nom, à ses obsèques qu'il voulut sans vain apparat, je leur ai présenté les condoléances de la Société et j'ai déposé quelques fleurs sur sa tombe.

Messieurs, la séance est levée en signe de deuil.

Suspension de la séance.

La séance est reprise à 17 heures.

La correspondance manuscrite comprend :

— une lettre de MM. Masson, éditeurs, qui expriment la douloureuse émotion que leur cause la nouvelle de la mort du Dr Henri Colin avec lequel ils entretenaient depuis plus de vingt années les relations les meilleures et la part qu'ils prennent au deuil de la Société ;

— une lettre du Dr Worth, secrétaire général de la Royal medico-psychological Association de Londres qui envoie ses condoléances pour la mort du Dr Colin et prie de déposer une couronne sur la tombe de notre regretté confrère.

Les cyphoses des déments précoce

par M. Jacques VIÉ

Médecin de l'Asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre)

Nous avons été frappés par la fréquence des cyphoses chez les déments précoce, lorsque nous avons entrepris, avec Mlle Pascal et M. Capgras, l'examen morphologique complet d'un grand nombre de ces malades (1). Sur 108 démentes précoce hébéphrénico-catatoniques examinées à l'asile de Maison-Blanche, nous avons rencontré cette déformation de la colonne vertébrale chez 25 sujets, soit dans 23 pour 100 des cas. Accompagnées parfois d'une scoliose ou d'une lordose compensatrice, ces cyphoses prédominent souvent dans la région dorsale supérieure, ou bien s'étendent en d'autres cas à toute la colonne dorsale.

Il nous a paru intéressant de préciser par l'étude radiographique les caractères de cette position vicieuse, qui devient irréductible même sous anesthésie générale, chez les sujets qui la portent depuis plusieurs années.

Nous avons pu le faire chez deux de nos malades grâce à l'obligeance et à la patience de M. Puthomme, chef du laboratoire central de radiographie de la Salpêtrière, que nous tenons à en remercier vivement ici.

Il s'agit de deux cas typiques des deux principales formes que revêtent les cyphoses des déments précoce : la forme dorsale supérieure et la forme dorsale d'ensemble.

OBS. 1. — Rosa L..., 44 ans, démente précoce internée depuis l'âge de 23 ans. *Cyphose dorsale supérieure.*

Le père mourut diabétique ; un oncle maternel, déséquilibré, ambitieux, après un internement à Ste-Anne, alla

(1) PASCAL, CAPGRAS, J. VIÉ. — *Hébéphrénie et terrain.* Mémoire pour la fondation de l'hébéphrénie, remis le 19 septembre 1929.

PASCAL et J. VIÉ. — Etude critique des morphogrammes schizoïdes de Kretschmer, *Ann. Méd.-psychologiques*, février 1930.

mourir en Amérique. Un frère a du strabisme ; une sœur se porte bien.

Rosa eut des convulsions à un an ; intelligente, affectueuse, de bonne conduite ; après son certificat d'études, elle apprit la couture.

A l'âge de 20 ans, elle a des crises de nerfs ; à 22 ans, son travail se fait irrégulier, des troubles de l'attention apparaissent.

A 23 ans, un accès d'excitation nécessite l'internement. Le 8 mai 1909, M. Juquelier écrit : « Dégénérescence mentale avec illusions et hallucinations, excitation, vagues idées de persécution, maniérisme, résistance à l'examen. » Le 23 mai 1909, M. Trénel note : « Démence précoce probable. » Excitée, gâteuse, menaçante, impulsive, Rosa tente de frapper sa mère, tient des propos érotiques, prend son frère pour son père qui vient de mourir, etc.

Une rémission d'un an permet la sortie du 10 octobre 1912 au 17 décembre 1913. Les infirmières de Maison-Blanche n'ont pas oublié la jolie jeune fille qu'était alors Rosa : elle se tenait bien droite, n'avait nullement l'habitude de se courber.

En décembre 1913, Rosa devient jalouse de sa sœur, la frappe, souhaite sa mort. Elle veut se marier, tente de se jeter par la fenêtre, refuse de s'alimenter, présente des hallucinations auditives et olfactives. Le 3 janvier 1914, M. Capgras constate : « Démence précoce avec agitation, impulsions, mutisme, indifférence, stéréotypies, conscience partielle de sa situation. » Elle devient gâteuse.

La guerre nécessite son transfert à Limoges, où elle reste du 8 septembre 1914 au 16 juin 1925.

Actuellement, Rosa, souvent excitée, présente des moments d'agitation ; elle murmure entre ses dents des propos incompréhensibles entrecoupés de rires, elle tutoie tout le monde, répond mal aux questions, se montre désorientée. Grande gâteuse, incapable de s'habiller seule et de faire sa toilette, elle ne manifeste aucune pudeur.

L'examen neurologique montre des réflexes tendineux vifs, sauf le rotulien gauche, faible. Les réflexes photomoteurs existent, le pilo-moteur est normal, ainsi que les cutanés abdominaux. Le réflexe de posture du biceps est tardif, variable en amplitude et en durée. La langue tremble. Surtout l'hypotonie musculaire est très marquée. La tension artérielle est faible : 11-7, indice 0,5, au Pachon.

La vaso-motricité est très ralentie, les extrémités sont froides, la raie vaso-motrice se prolonge plus de 8 minutes.

La malade est réglée.

La réaction de B.-W. est négative ; celle de *Besredka* est faiblement positive.

Au point de vue morphologique, Rosa offre un faciès dysplasique, de type sémité. La taille est de 147 cm., le poids de 41 kg. 5 ; le crâne mesure 182 mm. de long (diamètre naso-iniaque) sur 146 mm. de large (bitemporal) ; l'indice céphalique est de 80,21 ; ce sont là des valeurs normales.

Le menton pointe en avant ; quelques anomalies dentaires sont à relever, surtout l'absence de l'incisive latérale supérieure droite. Une encoche du pavillon de l'oreille gauche paraît cicatricielle. Les seins sont petits. Aucune déformation acquise des extrémités.

Mais ce qui domine, c'est la volumineuse *cyplose dorsale supérieure*, qui fait de Rosa une véritable bossue. Cette déformation porte sur la moitié supérieure de la colonne dorsale. Brusquement coudée, elle reporte la tête en avant, aplatis le thorax ; par compensation, l'abdomen fait saillie en avant, la lordose lombaire est elle aussi fortement accentuée.

L'examen radiographique, pratiqué le 11 juin 1930, a montré l'existence de lésions typiques de *rhumatisme vertébral chronique*. Ces lésions prédominent sur les troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième vertèbres dorsales, siège de la courbure maxima. Les corps de ces vertèbres sont nettement *décalcifiés* : le bord supérieur et le bord inférieur de leur profil se prolongent en avant par des *becs* caractéristiques, tandis que la partie moyenne du corps semble rétrécie ; d'où l'aspect classique du diabolo, surtout pour la 4^e, 5^e et 6^e vertèbres. Les espaces intervertébraux demeurent libres, bien que légèrement opacifiés.

**

La seconde malade représente l'autre type de cyplose, moins saillante, de date plus récente, mais étendue à toute la colonne dorsale.

OBS. 2. — Il s'agit d'une femme de 36 ans, Clotilde P..., dont les troubles apparus entre 17 et 25 ans ont abouti très vite à un état démentiel coupé de périodes répétées de vive agitation.

La mère est déséquilibrée, débile, revendicante ; le père est inconnu.

Clotilde ne fréquente guère l'école, apprend à lire et à écrire. A 17 ans, en 1911, elle a un enfant, dont elle épouse le père au cours des hostilités. Elle se montre incapable de mener la vie conjugale, se sépare du mari. A la fin de 1919, Clotilde prend en haine sa mère, ne lui parle plus, ne s'occupe à rien ; en 1920, elle ne fait même plus sa toilette.

Le 2 juin 1920, M. de Clérambault la voit dans un état de « torpeur psychique, obtusion, possibilité de chronicité ».

Internée à Maison-Blanche, elle y fait une série de crises d'excitation séparées par des accalmies au cours desquelles le fond démentiel subsiste.

En 1920-21, alternatives d'excitation, d'apathie avec négativisme, mutisme, indifférence, stéréotypies, gâtisme urinaire, tentatives multiples d'évasion.

A partir de mars 1923, c'est une verbigération incohérente. Clotilde se livre à des acrobaties étranges ; elle escalade les portes, court sous les tables, descend les escaliers à quatre pattes. Le gâtisme est habituel.

En janvier 1926, elle se conduit comme un chien, marche et mange à quatre pattes, la bouche dans l'assiette, saute par-dessus les lits. Elle accuse un interlocuteur invisible de lui sucer la matrice.

En mai 1926, ce sont à nouveau les fugues, les cris, la loquacité incohérente. Depuis septembre 1927, Clotilde reste malpropre, gâteuse, elle crache, ne supporte aucun vêtement, refuse de répondre aux questions, tient un soliloque incohérent, se livre à des mouvements désordonnés.

L'examen physique de cette malade révèle des réflexes tendineux vifs, photomoteurs, pilo-moteurs conservés, cutanés abdominaux faibles. Réflexes de posture variables, de même que la conservation des attitudes imposées. La raie vaso-motrice persiste 5 minutes.

La taille est de 155 cm. La face, dysplasique, présente un nez déprimé à sa base, de grosses lèvres, des yeux un peu saillants, des oreilles grandes, à lobule peu développé. De nombreuses dents manquent ; les inférieures, qui restent, sont mal plantées et déchaussées. La luette est courte ; le corps thyroïde palpable.

La colonne vertébrale, dans toute sa région dorsale, présente une inflexion d'ensemble, qui contribue à donner à Clotilde, lors des périodes d'agitation, une attitude bestiale.

Il n'est pas possible de modifier cette courbure, ni manuellement, ni sous anesthésie, et lorsqu'on parvient à ce que la malade veuille se redresser, la déformation n'en apparaît que plus nette.

C'est par un hasard tout à fait surprenant que Clotilde a bien voulu se prêter à *l'examen radiographique*. On voit sur le cliché l'infexion générale de la colonne dorsale, la décalcification relative des corps vertébraux, l'ébauche de la déformation propre au rhumatisme vertébral chronique ; les six premières vertèbres dorsales portent ces excroissances circulaires de leurs bords qui donnent le profil de becs.

Beaucoup moins accentuées que chez Rosa, ces lésions plus diffuses représentent aussi un stade évolutif plus jeune.

ASPECTS CLINIQUES DE NOS AUTRES CAS

Indiquons brièvement les caractéristiques des 23 autres cas relevés dans notre série. Nous distinguerons *les cyphoses isolées*, et celles qui s'accompagnent de *scoliose*.

A. *Cyphoses isolées*. — Elles représentent le plus grand nombre : 18 sur 25. La cyphose dorsale supérieure prédomine cliniquement au niveau des 3^e, 4^e, 5^e vertèbres dorsales. Sous son aspect minimum, elle constitue une saillie perceptible à la vue et au toucher ; dans son développement complet, elle forme la gibbosité considérable qui se trouve chez Rosa.

La cyphose dorsale d'ensemble ne peut être localisée par l'inspection à un segment donné de la colonne dorsale ; il s'agit d'un « dos rond » à grande courbure, d'une déformation étendue comme on l'a vu chez Clotilde.

Dans le plus grand nombre de ces cas, on est frappé par l'évolution démentielle rapide de la maladie, ou par les nombreuses années qui se sont écoulées depuis le début de la déchéance complète, sanctionnée le plus souvent par l'apparition du gâtisme urinaire habituel.

Le tableau ci-joint indique schématiquement ces données :

	DÉBUT A	GATISME URINAIRE	B. W.	BESTAKA	MORPHOLOGIE	CYPHOSE
<i>L. Marie-Louise,</i> 36 ans.....	21 ans	23	—	—	palais ogival	dor. sup.
<i>H. Nelly, 36 ans.</i>	31 ans (?)	32	—	—	Stigmates minimes	dor. sup.
<i>Th. Henriette, 34 ans.....</i>	25 ans	épisodique	+	—	dysplasique	dor. sup.
<i>Gl. Pauline, 52 ans.....</i>	31 ans (5 ^e internem.)	32	—	—	palais ogival pykaique stigmates minimes	dor. sup.
<i>Du. Paule, 30 ans.</i>	19 ans	19	—	—	dysplasique	dor. sup.
<i>P. Irma, 35 ans...</i>	23 ans	27	—	+	normale	dor. sup.
<i>M. Georgette, 39 ans.....</i>	18 ans	22	+ faible	—	dysplasique anomalies dentaires	dor. sup.
<i>Vit. Simone, 26 ans.....</i>	16 ans 1/2 D. P. à 23 ans	23	—	—	normale	dorsale
<i>Bl. Louise, décès à 25 ans (tuberculose).....</i>	18 ans	20	—	—	atrophie maxillo dentaire troubles thyroïdiens	dorsale
<i>L. Jeanne, 42 ans.</i>	31 ans (?)	32	—	—	dysplasique front olympien palais haut	dorsale
<i>Co. Ernestine, 42 ans.....</i>	34 ans (?)	actuel	—	—	dysplasique palais ogival	dorsale
<i>Fa. Marguerite, 46 ans.....</i>	37 ans (?)	41	—	—	dysplasique	dorsale
<i>Bern. Dominique, décès à 35 ans (tuberculose)...</i>	27	non gâtéeuse	—	—	troubles thyroïdiens et humoraux	dorsale
<i>Rou. Yvonne, 33 ans.....</i>	15 ans D. P. à 29 ans	épisodique	—	—	longiligne stigm. rachitiques	dorsale avec lordose lombaire
<i>Dot. Régine, 24 ans.....</i>	18 ans	épisodique 22 ans	—	—	longiligne stigm. rachitiques	dorsale avec lordose

Signalons enfin la coexistence avec une cyphose dorsale qui tend à s'accentuer dans le segment supérieur, de manifestations déformantes des extrémités chez une catatonique de 29 ans ; depuis plus de six années, cette malade présente des stéréotypies d'attitude, des phénomènes spasmodiques et cloniques avec troubles vaso-moteurs importants : œdème et cyanose des membres inférieurs, amyotrophie des membres supérieurs. Les doigts, élargis à leur base, sont effilés, déjetés sur le bord cubital ; le pouce est rabattu en avant de la paume, perpendiculairement aux autres doigts ; les mouvements d'extension du coude sont limités. Cette curieuse malade (1) a de plus une réaction de Wassermann positive dans le sang.

C'est le seul cas de notre série dans lequel des déformations des extrémités se trouvent associées à celles du rachis.

B. Cypho-scolioses. — Chez 7 malades, on a rencontré une atteinte vertébrale plus complexe, une *cypho-scoliose*. Dans six de ces cas, il a été possible de mettre en évidence la cause de l'incurvation latérale : une fois, il s'agissait de tuberculose pleuro-pulmonaire, la scoliose était liée à la rétraction de l'hémithorax ; ailleurs, elle était conditionnée par des disproportions segmentaires des membres inférieurs, congénitales ou acquises : une coxalgie ancienne avec pseudarthrose dans la fosse iliaque externe ; trois cas de rachitisme avec séquelles osseuses ; un cas dans lequel des disproportions multiples frappaient les segments des membres, trop courts, le thorax plus large que le bassin, etc...

(1) Elle fut présentée par M. Capgras et Mlle Cullerre à la Société Clinique de Médecine mentale (février 1926) : Catatonie avec torsion et incurvation spasmodique de la tête et du cou.

Voici l'analyse succincte de ces cas :

	DÉBUT A	GATISME A	B. W.	BESNEDKA	REMARQUES
<i>Bon. Rosa, décès à 45 ans (tuberculose).....</i>	35 ans (?)	nongâtardeuse	—	+	Cortico pleurite à 42 ans, rétraction de l'hémithorax.
<i>Cach. Eugénie, 51 ans.....</i>	35 ans (?)	35 ans	—	+	Coxalgie ancienne avec pseudarthrose.
<i>Holb. Madeleine, 34 ans.....</i>	21 ans	de plus en plus fréquent	—	—	Séquelles rachitiques.
<i>Ba. Odette, 26 ans ..</i>	23 ans	23 ans	—	—	Séquelles rachitiques. Palais ogival, dysplasie. Cicatrices d'adénites suppurée.
<i>L. Odette, 36 ans...</i>	25 ans	(?) actuel	—	—	Longiligne rachitique, inégalité des 2 membres inférieurs.
<i>Dr. Alice, 27 ans ..</i>	24 ans	25 ans	—	+	Disproportions segmentaires, membres courts, thorax trop large par rapport au bassin.
<i>Ch. Marie, 42 ans..</i>	35 ans (?)	37 ans	+	—	Cyphoscoliose légère.

**

CONSIDÉRATIONS PATHOGÉNIQUES

L'intérêt principal de cette étude semble résider en ce que la radiographie révèle des lésions typiques de *rhumatisme vertébral chronique* : des becs osseux, qui, sur le profil, traduisent la prolifération circulaire des bords supérieur et inférieur du corps vertébral ; un rétrécissement apparent de la partie moyenne du corps donnant, toujours sur le profil, l'image du diabolo ; enfin l'aplatissement légèrement cunéiforme de la portion antérieure du corps, visible sur les 3^e, 4^e, 5^e dorsales chez l'une de nos malades.

Comme le faisaient remarquer récemment Leriche et

Policard (1), « quelle que soit l'étiologie invoquée, toutes les arthrites déformantes ont le même aspect anatomo-pathologique, macroscopiquement et microscopiquement ». Aussi de ces images ne peut-on rien déduire quant à l'étiologie.

La *syphilis* en activité n'a pour elle, chez nos 25 malades que 3 réactions positives ; la *syphilis héréditaire*, il est vrai, a laissé chez dix au moins d'entre elles des stigmates morphologiques (front olympien, palais ogival, malformations maxillo-dentaires). Le *rachitisme* n'est signé que cinq fois par des déformations du thorax et des saillies costales localisées. Le rôle de la *tuberculose* est plus étendu et plus discutable : 3 de ces malades en sont mortes ; 5 autres ont une réaction de Besredka positive ; une enfin porte des cicatrices multiples d'adénite suppurée.

Aucun de ces facteurs étiologiques n'a de fréquence suffisante pour qu'on puisse lui rapporter les cyphoses des déments précoce.

**

Aussi bien, pensons-nous que ces cyphoses acquises au cours de la maladie sont le fait de la *démence précoce elle-même*, et certainement même, de *formes déterminées de la démence précoce*.

On ne les rencontre pas en effet dans ces cas qui n'atteignent pas la *démence vraie*.

Notre série de 108 malades contient aussi des femmes qui, internées depuis 30 ans, se sont fixées avec des séquelles de gravité moyenne : apathiques, relativement indifférentes, elles sont restées assez calmes et propres : celles-là, malgré la longue évolution, n'ont pas de cyphose.

Les 25 malades envisagées ici ont été atteintes d'hébéphrénocatatonie à *évolution très rapidement démentielle*, ou bien *de nombreuses années* (10 à 20

(1) LERICHE et POLICARD. — *Physiologie pathologique chirurgicale* (p. 117).

ans), elles se trouvent dans un état de *déchéance complète*.

Faut-il alors considérer ces cyphoses comme une conséquence directe de la lésion centrale ? Charcot, dans le rhumatisme chronique, invoquait en ce sens la contracture spasmodique des muscles striés au voisinage des articles atteints ; Sicard et Lhermitte, chez un syphilitique, font ressortir l'importance des lésions du corps strié. Un tel mécanisme pourrait être discuté pour la malade de Capgras et Cullerre, chez qui l'aspect très spécial des troubles catatoniques avait fait discuter une pathogénie nucléaire, et qui, outre la cyphose, présente des altérations trophiques diverses.

Mais dans l'ensemble des cas, la lésion est, insistons-y, *exclusivement vertébrale*, ce qui engage à rechercher, sur un terrain spécial, un mécanisme localisateur.

Leriche et Policard ont précisé les éléments pathogéniques de ces rhumatismes chroniques : nécessité d'une hypérémie locale par vaso-dilatation, décalcification voisine et prolifération osseuse qui en résultent.

Les troubles vaso-moteurs sont très accentués chez les malades qui nous occupent : les stases locales, la cyanose et les œdèmes des extrémités, la longue durée de la tache blanche, de la raie vaso-motrice (parfois jusqu'à 10 minutes), l'hypotension artérielle sont constants chez elles. On conçoit la longue durée de ces symptômes de stases lorsqu'elles apparaissent sous l'action d'une cause locale.

Or ici, l'agitation catatonique, qu'elle revête une allure paroxystique ou continue, traumatise particulièrement le système vertébral. Contrairement à l'excitation des maniaques, qui exige de l'espace, celle des déments précoce se satisfait sur place, si l'on peut dire, dans un lieu restreint, elle consiste en mouvements brusques, violents et répétés, en sauts, en secousses qui se répercutent suivant l'axe rachidien, Monlonguet (1) en particulier a bien montré l'intérêt de ces traumatis-

(1) MOULONGUET. — *Presse médicale*, 13 avril 1929.

mes modérés, mais multiples dans la genèse des arthrites chroniques. Ils déclenchent tous les processus précités par Leriche.

En ce sens, la cyphose de la démence précoce se rapproche quelque peu de la *plicature champêtre*, qui comme elle, évolue bien lentement, au cours des années, sans douleurs vives, respectant aussi les jointures des membres, se localisant il est vrai à la région dorso-lombaire.

Un dernier facteur enfin, psychologique celui-là. Le dément n'a plus le souci, ni le pouvoir de se redresser aux yeux du monde. *Il se tient mal*, par déficience de sa détermination psycho-motrice. Le vide de sa pensée se traduit dans son attitude. Il ne lève pas la tête vers un idéal, comme ces Rêveurs des quais de la Garonne que peignit H. Martin au Capitole de Toulouse. Il ne se penche pas non plus volontairement, comme le paysan obstiné à fouiller la terre. Il se laisse aller, et l'ankylose ostéofibreuse fixe à la longue la position créée par la dystonie.

CONCLUSION

En résumé, les cyphoses se rencontrent assez souvent dans la démence précoce (chez 23 p. 100 dans une série de 108 cas). Elles prédominent à la région dorsale. Elles surviennent dans les formes à évolution démentielle rapide, ou chez les malades qui depuis longtemps sont plongés dans la démence.

La radiographie montre dans les cas anciens des lésions de rhumatisme vertébral chronique (becs osseux, profil des corps vertébraux en diabolo, aplatissement légèrement cunéiforme, décalcification).

Au point de vue pathogénique, ces lésions paraissent dépendre de la démence précoce elle-même. Elles sont conditionnées par les troubles vaso-moteurs si importants chez ces malades, et localisées par les traumatismes répétés de l'agitation catatonique. Elles apparaissent ainsi comme une conséquence secondaire des lésions nerveuses centrales.

Délire systématisé de persécution et de possession démoniaque consécutif à des pratiques spirites.

par MM. LEROY et C. POTTIER

Les délires survenus à la suite de pratiques spirites sont bien connus et Lévy-Valensi a pu dire, avec vérité, que le salon spirite est, pour certains, l'antichambre de l'asile. Ce n'est pas sans raisons que la plupart des ministres des religions condamnent l'évocation des esprits comme dangereuse, immorale et damnable.

La médiumnité s'explique par un phénomène de désagrégation mentale. *La personnalité sub-consciente se sépare de la personnalité consciente* ; toutes deux s'ignorent et se développent indépendamment l'une de l'autre. Il en résulte la production d'une nouvelle personnalité que le sujet ne reconnaît pas comme sienne et à laquelle il attribue les manifestations spirites. Sans doute, les médiums ne tombent pas tous dans la folie, mais on comprend facilement que des pratiques favorisant la désagrégation psychique peuvent, tout au moins chez certains individus, amener l'éclosion de l'automatisme mental et du délire hallucinatoire.

OBSERVATION. — Le M... Aline, âgée de 38 ans, artiste peintre, a été internée d'office à l'Asile Ste-Anne le 26 juillet 1930 par suite de son attitude dans une église.

A. H. : Aucun antécédent héréditaire connu ; parents bien portants, un frère marié, stable, abonné à la *Revue Spirite*.

A. P. : Enfant chétivé, anémique pendant sa croissance, réglée à 15 ans, se développe normalement à partir de 17 ans. A cet âge, elle entre à l'Ecole des Beaux-Arts de Rouen, le milieu artistique de sa famille ayant développé chez elle le goût de la peinture.

En juin 1924, à 32 ans, Aline épouse un de ses camarades d'école ; mariage d'inclination. Elle est heureuse en ménage ; ni enfant, ni fausse-couche ; veuve à 37 ans, en janvier 1929, après 5 années de bonheur.

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Octobre 1930. 4. 15

La perte de son mari la fait beaucoup souffrir. Elle est prise du désir de le revoir d'une manière ou d'une autre, et le plus tôt possible. Une âme aussi droite, aussi élevée, aussi pure que celle de son mari ne peut être qu'au paradis. Son frère l'entretient de l'« au-delà » ainsi que des amis qui s'adonnent aux pratiques spirites. Emerveillée par cette révélation, elle vient immédiatement à Paris, sans hésitation, en mars 1929, se rend à l'*Institut de Métapsychique*, demande à être initiée. Elle achète les ouvrages traitant de la question métapsychique ainsi que la planchette avec laquelle on reçoit les communications des esprits. Elle s'instruit peu à peu, assistant notamment à une séance nocturne de l'*Institut de Métapsychique*, où des médiums, écrivains, auditifs, voyants, s'exhibent à la foule recueillie et admirative.

Dans sa chambre, le soir, elle s'efforce d'entrer en communication avec l'« au-delà » à l'aide de sa planchette triangulaire et d'un alphabet. Elle concentre toute son attention sur le souvenir de son mari. D'après ses dires, la planchette se déplace dans le champ de l'alphabet, sa pointe désignant telle ou telle lettre. L'assemblage de ces lettres donne les mots traduisant la pensée de l'esprit qui est dans l'« au-delà ».

« Au début, les résultats sont médiocres. La planchette ne répond guère que par oui ou par non. Si minime que fût le résultat, il n'en était pas moins encourageant. Dès les premiers jours, elle obtint le mot « ciel » qui vint rassurer son inquiétude de savoir où son mari vivait dans l'« au-delà ».

Ces communications de pensée duraient parfois 2 h. à 3 h., « le temps qu'elle voulait ». Commencée à 9 h. du soir, la séance durait parfois jusqu'à minuit, une heure du matin. Quand elle était seule à la maison, et qu'elle n'était pas obligée de se cacher, elle se livrait à cet exercice dans la journée.

Les progrès s'accentuèrent et, peu à peu, la malade devint « médium-écrivain » (avril 1929). Elle posait la main tenant un stylographe sur le papier, s'abandonnant à l'impulsion de l'esprit. L'écriture était machinale.

Comme elle avait la conviction d'écrire sous la dictée de son mari, Aline fut ravie de ces communications. Le cher époux était bien avec les bonnes âmes, comme elle avait osé l'espérer, il ne lui dictait que de bons conseils, n'exprimait que des idées abstraites, hautement morales. C'était « une nature d'élite qui s'était dématérialisée avant de s'en aller ». Il lui faisait « sentir qu'il était là, heureux ; qu'il

fallait faire le bien, donner aux pauvres, que Dieu existait... ». Ou bien encore il dictait : « Donne aux pauvres, si pauvre que tu sois, etc... »

Petit à petit, les communications deviennent plus « terrestres ». L'esprit de l' « au-delà » traite maintenant de sujets banaux. Ce changement ne tarde pas à l'étonner. Elle pense qu'un autre médium l'interroge en même temps qu'elle et le « ramène dans ces zones basses, le rive à la terre... ». Quoi qu'il en soit, son mari persiste dans ce genre banal de communications. Elle s'explique cette nouvelle manière de penser par « la poussée d'autres esprits inférieurs qui contraignent celui-ci à faire des communications dont il n'aurait pas eu l'idée ».

D'autres fois, elle tenait un crayon et l'esprit de son mari intervenait pour diriger sa main dans des dessins. Elle reconnaissait « son trait ». Elle était donc devenue aussi « médium-dessinateur ». « Cette qualité, dit-elle, s'était développée chez moi ; plus on fait d'expériences, plus cela se développe. » Il ne lui avait pas fallu moins de 6 mois pour devenir véritablement médium-écrivain et dessinateur. Par la suite, la « qualité » se développant, après avoir été « médium-écrivain » pendant environ 6 mois, elle devint « médium-auditive » (août 1929). Elle estime qu'elle aurait pu devenir « médium-voyante ».

Un beau jour, en septembre 1929, son mari attire son attention sur un de ses voisins. Il lui vante ses qualités physiques et morales. Le lendemain et les jours suivants, il réitère. Enfin, affirmant sa pensée et son désir, il en vient à lui conseiller de le prendre comme amant. Désormais, tous les jours, il l'engagera à « s'offrir » à cet homme, lequel est marié, et ne lui a jamais rien demandé. Son mari lui recommande du ciel de bien aimer cet homme. La malade est fort surprise qu'une âme si élevée lui donne de pareils conseils. Mais, tout de suite, il lui vient à penser que son mari ne peut plus communiquer avec elle librement. Il subit l'ascendant d'autres esprits de l' « au-delà », dont le fluide est plus fort que le sien.

Elle se demande même, pendant un certain temps, si ce n'est pas ce voisin lui-même qui, par des pratiques spirites, influencerait son mari et l'obligerait à ces mauvaises pensées. Mais, elle ne persiste pas dans cette croyance. Il lui semble, au contraire, que son voisin cherche « à se dégager de l'emprise des voix ».

Jusqu'alors, elle était peu renseignée sur la nature des esprits inférieurs et mauvais qui se servaient de l'esprit de

son mari pour lui donner de mauvaises idées. En septembre 1929, elle a la révélation d'une vieille dame de ses amies, également dans l' « au-delà » qui l'éclaire sur la personnalité et le rôle des mauvais esprits. Elle lui dit, en parlant de son mari : « Ma petite amie, ce n'est pas lui. Ils ont le sens, les salauds ! » C'est à peu près 3 semaines après, au début d'octobre 1929, que les voix, et de son mari, et des mauvais esprits, deviennent plus fréquentes. Elle apprend ainsi que ce sont les démons qui veulent qu'elle devienne la maîtresse de son voisin, bien que, ni lui, ni elle, n'en manifestent nulle envie.

Le voisinage de cet homme, coïncidant avec la recommandation continue des voix de se mal conduire, lui devient une obsession. Elle épia, surveilla les sorties, les allées et venues de ce voisin. Tout, dans ses allures, semble corroborer l'opinion qu'elle en a. Tantôt, il lui semble qu'il cherche à la rencontrer, comme s'il cédait à l'inspiration des mauvais esprits, et qu'il veuille se déclarer le premier. D'autres fois, il semble parvenir à se ressaisir, à pouvoir l'éviter. Mais, elle-même est en proie à un conflit. Elle rit des mauvais esprits pour leur montrer qu'elle n'est pas dupe du procédé consistant à se servir de son mari pour lui donner de mauvais conseils. Il est des jours où elle n'a pas trop de toute sa volonté pour résister au fluide que les démons lui envoient, et ne pas aller se donner à cet homme. « Ils arrivaient à me diriger, dit-elle, sans même, quelquefois, que je m'en aperçoive. » Ces démons s'efforçaient de placer son voisin sur son chemin, et lui répétaient constamment son nom, en lui infligeant simultanément des désirs charnels qu'il lui était très difficile de réprimer. C'était « terrible ». Jusqu'alors, cependant, malgré qu'ils possédaient son imagination, ils n'avaient pas pu réussir à lui faire éprouver de volupté complète. Ils agissaient sur ses sens en lui disant : « Nous avons décrété que cela se fera. » Leur fluide lui arrivait par des passes magnétiques et ils ajoutaient : « Nous t'avons projeté du philtre d'amour et nous arriverons à ce que nous voulons... »

Désormais, la malade a peu de répit. Elle entend, alternativement, les bonnes et les mauvaises voix. Parmi les bonnes, celle de son mari est la plus nette. Les « mauvaises voix » sont celles des démons. La voix de son mari l'avait avertie que c'étaient « les démons du rire et de la chair... ». Les « bonnes voix » étaient lointaines et lui disaient : « Mets-toi à genoux et prie... » Mais, les mauvaises voix étaient prépondérantes, nuit et jour. Au début, elles

proféraient des menaces, des injures, des grossièretés : « Il y avait de tout. » Elles étaient plus fortes que les voix des bons esprits, notamment celle de son mari, qui était douce, assourdie, lointaine. De plus, ces voix ne permettaient pas de déterminer le sexe des individus dont elles émanaient. Souvent, on n'aurait pu dire s'ils étaient un ou plusieurs.

Au fur et à mesure, la malade perçoit de plus en plus des pensées, et de moins en moins des mots. Cela devenait « de la transmission de pensée pure et simple... » (hallucinations psychiques).

Bien entendu, les mauvais esprits ne lui donnaient que de mauvais conseils, ne l'incitaient qu'à de vilaines choses. Simultanément, ils influençaient son humeur et sa cénesthésie. Ils avaient le pouvoir de la rendre euphorique. Ils « amplifiaient son goût du rire », afin de l'éloigner de la prière. Aussi, la bonne voix de son mari lui disait : « Prie et ne ris pas », ou bien encore : « Il ne faut pas rire, c'est ainsi que tu les attires... » D'autres fois, c'était la voix anonyme des bons esprits qui déclarait : « Le rire est sur la terre, mais au ciel on ne rit pas... » Tout motif d'hilarité qui se présentait à elle, ramenait automatiquement les mauvaises voix.

Quelquefois, les mauvaises voix prenaient l'apparence des bonnes, pour qu'elle leur prête attention. C'est ainsi qu'elles lui disaient : « Prie », et profitait alors de son relâchement pour s'imposer à elle.

Dans les premiers mois de 1930 surviennent des hallucinations cénesthésiques. Les démons agissaient sur son corps, lui faisaient craquer le crâne, lui congestionnaient la tête, lui donnaient la sensation d'être rongée par les poux, lui envoyoyaient des sueurs de sang, la faisaient cracher, lui piquaient les genoux, lui brûlaient la gorge, au point qu'elle devait boire de l'eau bénite. A défaut de celle-ci, elle jetait de l'eau pour les chasser. Enfin, ces âmes maudites agissaient sur ses organes génitaux, lui donnaient des jouissances charnelles, même par l'anus. La malheureuse était obligée de se protéger contre leurs manœuvres en enfouissant, dans son vagin et dans son rectum, une éponge de caoutchouc.

Les hallucinations auditives, bonnes ou mauvaises, n'étaient perçues d'abord que par périodes ; elles deviennent ensuite constantes. Il arriva un moment où les bons esprits n'étaient plus capables de contrebalancer suffisamment l'influence néfaste des mauvais. Elle se défendait par des prières, l'eau bénite, des ablutions. Ces moyens n'étant

plus suffisants, la malade en arriva à ne plus retrouver le calme que dans les églises. Pendant sa jeunesse, de son aveu, elle n'avait pas été particulièrement pieuse : « Comme beaucoup, j'avais fait ma première communion, sans comprendre, dit-elle. »

Même dans les églises, les démons la poursuivaient, lui envoyant des jouissances pendant ses prières, en même temps qu'ils lui disaient : « Tu es la reine des démons, tu es avec nous... »

L'influence du démon devint ainsi véritablement obséante. Toutes ses manifestations s'accompagnaient partout de la sensation de sa présence. Il lui semblait qu'il était continuellement auprès d'elle, avec la même réalité que si elle avait été suivie d'un être humain vivant.

Possédée du démon, elle essaya de s'en débarrasser par la communion. Elle communia 5 à 6 fois en deux mois. Chaque fois, elle ne retrouve que passagèrement la paix et la tranquillité. Dès que quelques jours se sont passés, le démon se manifeste à nouveau dans son ambiance. C'est un meuble qui craque, c'est le cri de certains oiseaux ou « bruits des esprits ». La prière ne parvient plus que très rarement à évincer ce démon accompagnateur.

Désespérée, elle aurait voulu se faire exorciser. Elle demanda dans ce but, au début de juillet 1930, une audience à l'archevêché de Paris. Elle fut reçue par un évêque coadjuteur qui, dès les premières paroles qu'elle proféra, fronça le sourcil et bondit en s'écriant, le doigt tendu vers la porte : « Sortez, Madame ! Je ne veux pas vous entendre davantage... » Comme elle se lamentait en partant, il lui lança verbalement l'adresse du Père de Tonquédec, exorciseur du Diocèse de Paris. Elle se rendit immédiatement chez lui. En l'absence de celui-ci, elle se réfugia dans une maison religieuse, rue St-Guillaume, sans y trouver la tranquillité d'esprit espérée. Les nuits sont particulièrement mauvaises. Plus que jamais, les démons déversent sur elle leur fluide. Seule, l'eau froide la calme un peu. Elle passe sa première nuit à la recherche d'une baignoire. La durée de ses stages au lavabo et ses diverses manifestations font scandale. Au bout de quelques jours seulement, elle doit sortir de cette pension religieuse, sans aucun bénéfice physique ou moral.

C'est peu après sa sortie que survint l'incident qui provoqua son arrestation et son internement. Toujours possédée par le démon, et cherchant un peu de calme par la prière, elle errait d'église en église. Un jour, dans l'église de la rue Vercingétorix, à la fin de juillet 1930, elle dut prolonger ses

prières fort longtemps avant de trouver un apaisement. A force de prier avec ardeur, elle tomba, dit-elle, dans une sorte d'*extase*. Elle était agenouillée, les bras en croix, et éprouvait, suivant son expression, « une paix, une joie inhumaine ». La voix de la chaisière disant : « Celle-là voilà bientôt deux heures qu'elle est là » lui sembla provenir d'un autre monde. Dans cette extase, elle fut secouée par un frémissement, « un frisson divin, tellement il était agréable ». Il lui sembla tout oublier de ce monde. Mais, elle fut tirée de son absence et de son inertie par des agents de police. Effrayées par sa ferveur, des dévotes avaient averti le prêtre de la paroisse qui avait envoyé quérir les agents. La malade fut conduite à l'infirmerie spéciale du dépôt et de là à Ste-Anne.

Depuis son entrée dans le service, la malade a conservé les mêmes convictions délirantes. Elle se croit toujours possédée du démon, incomprise des prêtres et des médecins. Elle a toujours confiance dans les pratiques religieuses et dans l'intervention de Dieu. Elle rend le spiritisme responsable de son état. Son imagination demeure active, ayant à son service une certaine culture. Ses diverses hallucinations demeurent nombreuses et fréquentes, ainsi que ses interprétations délirantes. Elle observe beaucoup autour d'elle, n'hésitant pas à expliquer bien des phénomènes par ses croyances délirantes. C'est ainsi que les cris de certains agités sont dus à des esprits. Elle pense également que les hallucinations visuelles des malades sont en rapport avec un sens spécial qui leur permet de voir les esprits tels qu'ils sont. « Ils sont à moitié dématérialisés grâce à un sens que nous n'avons pas... »

Aline est d'un caractère agréable, elle se montre douce, aimable, docile. Malgré ses souffrances, sa foi la rend généralement souriante. On est frappé du contraste qui existe, d'une part, entre sa culture intellectuelle, et, d'autre part, sa crédulité immense, l'insuffisance de son sens critique pour tout ce qui a trait à son délire. Il s'agit donc d'un délire systématisé avec hallucinations et interprétations.

Au point de vue organique, rien à signaler, sinon une hyperémotivité caractérisée par : tachycardie, tremblement des doigts et de la langue, hyperesthésie cutanée et tendue. Aucun stigmate de dégénérescence physique. Menses régulières.

Cette malade est sortie le 15 août 1930 pour être transférée dans une maison de santé privée.

Cette observation demande quelques commentaires. Notre sujet n'a pas d'hérédité névropathique reconnue, elle a toujours eu un parfait caractère, sans idées religieuses développées antérieurement. On ne saurait la considérer comme une débile, mais elle a une logique et une mentalité différente des nôtres, une véritable *mentalité primitive*. « Pour la mentalité primitive, dit Lévy-Bruhl, le monde visible et le monde invisible ne font qu'un. La communication entre ce que nous appelons la réalité sensible et les puissances mystiques est donc constante. » Le délire systématisé hallucinatoire d'Aline ressemble aux délires de persécution et de possession du Moyen Age.

C'est en avril 1929, après un mois d'initiation, que la malade devient médium écrivain sous dictée (fausses hallucinations graphiques motrices). Les hallucinations auditives apparaissent en août. Les hallucinations cénesthésiques et de la sensibilité générale accompagnées d'un véritable délire de persécution et de possession se développent au début de 1930 — à remarquer les moyens de défense. — Le début a été brusque, la marche rapide.

Si les hallucinations psychiques, auditives, cénesthésiques sont ici prépondérantes, on ne constate pas d'hallucinations psycho-motrices pourtant si fréquentes dans le délire spirite, pas de lévitation, pas de paroles automatiques (glossolalie). Pas d'hallucinations visuelles. Aucune idée de grandeur. Nous devons signaler les variations de l'état affectif, l'extase avec son frisson divin se produisant au milieu des pires persécutions diaboliques. Enfin, cette observation est une nouvelle preuve des rapports bien connus de l'érotisme et de la folie mystique.

Quel pronostic porter sur cette malade ? On voit de tels cas guérir, certains s'améliorer avec ou sans rechute, d'autres rester chroniques. Vurpas (conférence donnée à l'hôpital Henri-Rousselle, 7 juillet 1929, non encore publiée), distingue dans les psychoses dues au spiritisme deux modalités : 1° une forme aiguë curable ; 2° une forme chronique. Notre observation paraît rentrer dans cette seconde variété.

DISCUSSION

D^r DE CLÉRAMBAULT. — Les Délires à Début Spirite sont les derniers à poser encore la question des Hallucinations Psychogènes.

L'origine organique des hallucinations tend de plus en plus à être admise. Elle a pour elle l'analogie entre les cas cryptogéniques et les cas nettement organiques, entre les psychoses systématiques nettement secondaires et celles qui paraissent ne pas l'être ; elle a pour elle la terminaison démentielle et les caractères intrinsèques de certaines hallucinations jusqu'à maintenant trop négligées : neutres, athématiques, voire anidéiques. Au cours de ces dernières années, d'une part les séquelles d'E. E., d'autre part les bouffées hallucinatoires chez les P. G. malarisés sont venues apporter de nouvelles preuves d'une genèse purement mécanique des hallucinations d'abord, ensuite des conceptions systématiques elles-mêmes.

Dans l'histoire de la Psychiatrie, rarement les théories dualistes ont prospéré. Ainsi en matière de P. G. ni le dualisme nosologique de Baillarger ni l'électisme étiologique qui régnait il y a quarante ans n'ont survécu. Toutes probabilités sont donc *a priori* en faveur d'une thèse uniciste.

En présence d'un délire à début spirite, nous devons tout d'abord nous demander si le début apparent du délire a bien été le début réel de la psychose. Bien des sujets sont attirés par les praticiens et adeptes du magnétisme, du spiritisme, de l'occultisme, précisément parce que, hallucinés déjà, ils cherchent en dehors du concret des explications à leur cas ; d'autres, par suite des simples malaises de la période d'incubation, cherchent un réconfort moral dans une foi et dans l'esprit de groupe ; les deuils récents, qui sont une cause de ralliement au spiritisme et semblent agir en développant la crédulité du sujet, agissent surtout en activant, par une mésopragie globale, la maturation de la psychose encore latente. — J'ai vu ainsi passer le même jour dans mon service deux veuves, hallucinées

chroniques, qu'exploitait un magnétiseur, amant de toutes deux ; d'autres sujets, en apparence hypomaniaques, en réalité déments précoces ou déments adultes, avaient fréquenté des Instituts Psychologiques, où ils espéraient raviver leurs forces mentales (l'un était devenu professeur après avoir été élève) ; plusieurs de mes malades ont changé de religion soit au début, soit dans le courant de leur psychose.

Dans le cas des spirites devenant hallucinés, on croit saisir la gradation entre une phase psychologique initiale et une phase morbide terminale. L'hallucination résulterait chez eux de l'intensification de l'idée (et de l'affectivité connexe) dont elle serait un retentissement sensoriel : la morbidité résulterait de l'exaltation de la fonction même. Ball comparait le déclanchement sensoriel incoercible au cas du balai enchanté que le magicien ne sait plus retenir. Joffroy et ses élèves ont soutenu qu'hallucinations et interprétations s'équivalaient, traduisant, chacune sur un mode, une même idée fondamentale dont elles n'étaient que le résultat. Cette conception n'est pas encore abandonnée ; elle a même, je crois, emprunté au freudisme quelques moyens de rajeunissement.

Or, nous ne surprenons jamais sur le fait la transformation de l'idée en hallucination vraie. Les hallucinations des foules, celles des hystériques, des anxieux, des obsédés, sont tout autrement constituées que celles du persécuté chronique, de l'intoxiqué ou du maniaque. Les persécutés raisonnants ne deviennent jamais hallucinés. Bien plus, dans de nombreux cas où régulièrement l'hallucination devrait apparaître si elle était le résultat de la fonction intensifiée, l'hallucination n'apparaît pas. Une voyante célèbre qui pendant quatre ou cinq années a donné le spectacle quotidien d'un mécanisme psycho-verbal surentraîné (car elle improvisait en vers toutes ses réponses, souvent fort longues), a passé dans mon service, quelque vingt ans plus tard, mégalomane et visiblement prédémenté, mais exempte de tout phénomène psycho-moteur verbal.

Dans l'étude des hallucinations on a négligé jusqu'ici un facteur que je crois pouvoir isoler, sans qu'on puisse, jusqu'à nouvel ordre, le définir : c'est l'hallucinabilité. Aucune hallucination, thématique ou athématique, ne peut se produire sans une condition préalable qui est *l'Imminence Hallucinatoire*. C'est cet état qui s'intercale entre l'idée préalable, quand elle existe, et sa transposition en hallucination. Cette vérité paraît naïve ; cependant elle est méconnue quotidiennement. D'autre part les deux stades de l'hallucination (stade virtuel et stade effectif) sont, chez certains malades, distincts, et étudiabiles séparément.

Chez les alcooliques aigus ou subaigus, à côté des hallucinations spontanées s'observent, chacun le sait, des hallucinations exogènes, provoquables, dans quelque mesure, à volonté. Ce sont les hallucinations visuelles obtenues par pression des yeux, et les hallucinations auditives provoquées par un bruit soudain (claquement d'une porte) ou scandé (bruits du réveil, du robinet, etc.), ou uniforme (filet d'eau, rotation, roulement). Le stimulus qui agit sur un centre sensoriel (soit dit ainsi pour abréger) est ainsi de nature mécanique ou de nature déjà sensorielle. Manifestement, dans ces cas, l'imminence hallucinatoire dans le centre concerné est tout, le stimulus externe n'est rien ; il pourrait être remplacé par un stimulus d'un autre genre, il peut même être supprimé, et les mêmes hallucinations ou d'autres à peu près semblables se produiront ; ce processus n'a qu'une valeur provocatrice, il n'a pas de force créatrice. Il en sera exactement de même quand le mécanisme provocateur sera une idée ; exemple une suggestion verbale. D'autre part si un tel stimulus réussit, c'est dans une mesure limitée et une forme pré-déterminée, le sujet ne pouvant être amené par suggestion à voir et entendre que les choses qu'il est déjà capable de voir ou entendre spontanément, c'est-à-dire dont ses centres sensoriels (soit dit encore elliptiquement) se trouvent être déjà en charge, et en charge pour des raisons *non idéiques*. — Ce dernier point,

d'une démonstration délicate pour les hallucinations auditives, est évident pour les visuelles : aucune idéation n'a jamais préparé l'alcoolique à imaginer des insectes, des fils flottants et des paillettes, ni à craindre tout spécialement de grands serpents ; et nous ne pouvons par suggestion lui faire voir d'objets d'un autre ordre. Le même raisonnement vaut pour les autres toxiques : ils ont chacun son répertoire d'hallucinations favorites.

En résumé, la traduction d'une idée sous forme sensorielle est subordonnée à un éréthisme sensoriel préalable sans lequel elle restera idée, éréthisme lui-même peu plastique, et d'autre part capable de se passer d'idées ou d'en créer. Telle est la loi certaine dans les délire toxiques.

Or, l'hallucinabilité, c'est-à-dire le don de résonance à un stimulus extérieur, varie au cours d'un cas donné selon une courbe qui lui est propre, je veux dire qui ne se confond pas avec la courbe des hallucinations spontanées.

Je n'ai parlé de provocations que dans le domaine d'un seul et même sens : par exemple les bruits suscitant les paroles. Mais la provocation peut s'exercer aussi d'un sens à un autre, l'éréthisme du domaine idéo-visuel se propageant au domaine idéo-auditif, ou inversement : le sujet entend parler ses persécuteurs en même temps qu'il les aperçoit ; il voit l'eau et les fils en même temps qu'il les sent, etc. ; il y a en un mot hallucinations combinées. Ce phénomène ne se produit que durant le stade aigu des délires éthyliques ; il n'appartient ni à la période subaiguë, ni au stade de défervescence, ce qui montre bien qu'il dépend directement d'une imprégnation élective. Ainsi l'association des hallucinations, où les anciens auteurs voyaient la preuve d'une origine psychique, s'explique d'une tout autre façon.

Cette action intersensorielle est de même ordre que l'action intrasensorielle plus haut citée. Dans les deux cas, il y a *éréthisme de frayages* : dans un cas frayages intérieurs à un domaine (centre ou réseau, comme on

voudra), dans l'autre cas frayages plus longs et moins usuels qui relient deux domaines différents. La liaison intersensorielle suit, elle aussi, une courbe spéciale. Elle apparaît beaucoup plus tard et disparaît beaucoup plus vite que la liaison intrasensorielle. C'est elle qui réalise ce qui d'un point de vue psychogéniste s'appellerait auto-suggestion : suscitation simultanée de toutes les données sensorielles afférentes à une même idée. Quant à l'hétéro-suggestion, c'est-à-dire suggestion verbale, le fait que son efficacité soit limitée à l'acmé de la maladie la montre nettement subordonnée à une formule histo-chimique portant sur les frayages seulement. En résumé, les frayages intrasensoriels, les frayages intersensoriels et les frayages psycho-sensoriels sont susceptibles d'éréthismes latents, et ces éréthismes spéciaux sont dans une très forte mesure indépendants des éréthismes généraux de ces mêmes centres.

L'éréthisme des voies de liaison, condition et mécanisme des associations hallucinatoires rationnelles, éclaire la genèse des Synesthésies Paradoxaux. Les Synesthésies sont fréquentes dans les intoxications subtiles : éther, hachich, peyotl ; elles s'observent quelquefois aussi dans la manie. Ces Synesthésies interviennent dans les états dits ineffables, qu'il s'agisse de bien-être global ou de sentiments intellectuels. Le Sentiment de Compréhension Universelle, assez fréquent dans les intoxications subtiles et nullement rare dans la manie, nous semble pouvoir en grande partie être ramené à une exaltation des Sentiments de Zone ou de Catégorie (mot sur la langue, solution proche, etc.) qui jouent à vide, de même que souvent jouent à vide les Sentiments d'Imminence, de Virtualité, de Reconnaissance, de Déjà Vu. Ces processus sont frères des hallucinations. Ils constituent des *Paresthésies des Frayages* ; ils donnent la perception factice d'un terminus là où n'y a qu'une direction. Si l'on admet qu'il y ait une sensibilité des frayages (et le terme Sentiment de Zone implique cette sensibilité) on doit admettre que cette sensibilité comme toute autre peut s'exalter et jouer à vide, sous l'action élective d'un processus morbide, spécialement intoxication.

C'est encore par une fixation tout élective d'un processus sur des frayages que nous paraît devoir s'expliquer la remise au jour de blocs idéo-affectifs, telle qu'elle s'observe dans la Manie, dans les Ivresses Pathologiques, dans les Psychoses Systématisées. Cette fois, il est vrai, il s'agit de l'utilisation des frayages, non de leur mise en jeu illusoire et isolée ; mais entre les deux ordres de cas, il ya au moins ceci de commun : l'éréthisme des voies de liaison.

Revenons aux Psychoses à Début Spirite. Y trouverons-nous quelques indices d'une hallucinabilité préétablie ? Cette hallucinabilité peut-elle elle-même être produite par l'entraînement aux manœuvres du spiritisme ?

Je ne crois pas avoir rencontré un seul sujet à développement hallucinatoire rapide qui ne présentât un état d'ordre hypomaniaque, tel qu'il se constate au début de beaucoup de psychoses chroniques et tel qu'il se développe souvent à la période prédémentielle de ces psychoses : euphorie, idéorrhée, mentisme, vivacité générale. J'ai noté surtout des troubles très marqués du réflexe oculo-cardiaque. Ce dernier était ascendant presque toujours, parfois fortement descendant, enfin tel que dans la manie. Ce signe a une grosse importance, car il prouve un déséquilibre dans le domaine neuro-végétatif et dans les domaines endocriniens, déséquilibre qui, s'il ne produit pas lui-même les hallucinations résulte de la même cause profonde que ces dernières. Cette cause profonde peut être grossièrement organique dans les cas même où l'anamnèse semble démontrer une gradation psychogénique. Ainsi un homme de 55 ans environ, veuf, ayant connu en villégiature, tout récemment, un groupe spirite, entraîné au graphisme passif, communiquant ainsi avec l'esprit de sa femme, était, après deux ou trois mois de ce régime, amené dans mon service dans un état sensiblement hypomaniaque, avec insomnie et inappétence : il mourrait moins de 10 jours après dans un asile. De tels états hypomaniaques présentent, par rapport à la manie vraie, quelques détails différenciels ; mais ce point n'importe pas à notre thèse. — J'insiste sur la présence

des troubles du R. O. C. et recommande de compléter (suivant le conseil de Gorriti), la numération après pression par une ou plusieurs autres numérations, de 30 en 30 secondes, afin de déceler les réactions soit retardées, soit prolongées. — Je ferai remarquer que dans la manie proprement dite les hallucinations ne sont pas absolument rares, qu'elles affectent des caractères un peu spéciaux, et que l'ensemble clinique lui-même, en pareil cas, s'écarte du type ordinaire par diverses nuances.

Ici se pose la dernière question. L'état hypomaniaque et les hallucinations qui en résultent (ou s'y rattachent) peuvent-ils être le résultat des émotions liées constamment aux préoccupations spirites ? Autrement dit dans quelle mesure une activité préfrontale peut-elle influencer les systèmes végétatif et glandulaire ? Des expériences sur la tortue et la grenouille ont montré une inhibition gastro-intestinale se produisant à la suite d'une incitation sur leur télencéphale rudimentaire. D'autre part les suites des émotions : insomnie, troubles du régime, recours aux stimulants divers (cafétisme ou théisme fréquents) semblent de nature à pouvoir réaliser la sensibilisation psychosensorielle plus haut décrite, l'hallucinabilité. — Mais dans cette hypothèse encore on voit qu'entre l'idée initiale et l'idée devenue hallucination, s'il y a continuité verbale et affective, la continuité mécanique n'existe pas. L'hallucination n'est pas le résultat d'un monoidéisme extensif, mais d'une préparation entièrement organique, sans laquelle les échos sensoriels d'une idée ne pourraient se produire, et qui, sans idée préalable, produirait encore et des voix et des idées.

En d'autres termes, entre une idée (préalable ou non préalable) et sa traduction sensorielle, s'interposent ce qu'on peut appeler *le Processus Intermédiaire*. Ce processus intermédiaire est évident dans le cas d'imprégnation toxique ou de manie, a fortiori dans les tumeurs et les démences. Il doit être supposé, par voie d'analogie et pour d'autres raisons encore dans les Psychoses Cryptogéniques. Il est autonome, c'est-à-dire suscepti-

ble de fonctionner avec ou sans provocation, avec idée ou sans idée, capable de créer des idées, d'en combiner d'en réveiller et d'en choisir. — Dans le cas des Psychose Spirites, le processus le plus bénin qu'on puisse admettre comme processus interposé est un état hypomaniaque ; et, bien que compréhensible en soi, la genèse d'un état de ce genre, du moins durable, par les seuls facteurs émotifs, n'est pas totalement établie.

Débile affaibli avec syndrome eunuchoïde

par MM. Th. SIMON et RONDEPIERRE

Nous voudrions vous présenter un homme de 77 ans avec syndrome eunuchoïde rarement observé à cet âge.

Au point de vue mental c'est uniquement un débile affaibli. Un examen par les tests B. S. lui fait attribuer un niveau mental de cinq ans et demi environ, mais il faut faire la part d'un affaiblissement sénile des facultés intellectuelles et aussi d'un certain degré de surdité qui trouble souvent la compréhension des questions. Il sait d'ailleurs bien lire et écrire à peu près, ce qui semble indiquer qu'il a dû avoir autrefois, bien que débile, un niveau mental supérieur à celui d'aujourd'hui. Dans la conversation il a des boutades qui nous confirment dans cette opinion. Il se montre généralement euphorique. Il fût, nous dit-il, toute sa vie un souffreux (*sic*), et resta toujours à la campagne, aidant ses parents, paysans, dans la mesure où le lui permettaient sa débilité mentale et physique.

Il aurait présenté entre vingt et trente ans des crises dont les caractères auraient été les suivants : chute, tremblement, morsure de la langue, incontinence d'urine, pas d'amnésie consécutive. Ces crises auraient guéri spontanément. Il nous en a parlé de lui-même, quand nous l'avons interrogé sur ses antécédents personnels.

Ses parents sont morts jeunes, il ignore de quoi. Son père n'était pas alcoolique. Il fût l'aîné de 10 enfants.

Ses frères ou sœurs étaient, nous dit-il, rachitiques (*sic*) et rabougris (*sic*). Quatre vivent encore. Aucun d'eux ne présentait les mêmes anomalies que vous allez pouvoir constater chez lui.

A vingt-trois ans, il mesurait 1 m. 50 ou 1 m. 52 ; c'est de lui que nous tenons ce renseignement, mais on peut lui faire confiance car sa mémoire paraît bien conservée, d'ailleurs il a été refusé au conseil de révision pour exiguité de la taille.

Vers l'âge de 23 ou 24 ans il a grandi brusquement, en un ou deux ans environ — jusqu'à atteindre la taille de 1 m. 76 que nous lui voyons aujourd'hui. Il est même probable qu'il a été encore plus grand, car il paraît s'être un peu « tassé » en vieillissant ; en même temps ses seins prenaient un aspect nettement féminin, devenant aussi gros, nous dit-il, que ceux d'une femme normale ; bien que très développés encore actuellement, ils ont, paraît-il, considérablement diminué de volume.

Le malade présente un aspect d'échassier (type macroskétique) dû à l'allongement excessif des membres inférieurs qui représentent 53 0/0 de la taille totale.

On constate d'autre part chez lui une cyphose, commune chez ces sujets. On remarque également une apilosité à peu près complète (aisselles, menton, membres inférieurs), seule l'abondance des poils au pubis est normale.

La verge et les testicules sont considérablement atrophiés.

Notons enfin des attributs féminins qui sont : une voix eunuchoide, des cheveux extrêmement fins, des doigts minces et allongés, le développement anormal des seins dont il a déjà été parlé, un ventre arrondi, un bassin large, et la disposition du type féminin des poils du pubis, en triangle à base supérieure.

L'aspect de ses organes génitaux nous explique sa vie sexuelle : il n'a pour ainsi dire jamais eu de désirs sexuels, pas de masturbation dans l'enfance. Il s'est marié, nous dit-il, « pour ne pas être seul ». Il avait, prétend-il, érections et ejaculations au cours de rapports peu fréquents. Ce qui est certain c'est que sa

femme le trompa et qu'elle eût trois enfants qu'il reconnut. C'était une situation dont il avait pris son parti, reconnaissant lui-même son peu de valeur virile. Il raconte tous ces faits avec bonne humeur et une sage philosophie.

Différents autres examens que nous avons fait pratiquer ne nous ont rien décelé de particulier.

La radiographie du crâne n'a pas montré d'élargissement de la selle turcique. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

L'association possible à ces états d'infantilisme eunuchoide, de dysendocrinie thyroïdienne nous a incités à faire rechercher le métabolisme basal. Il peut être considéré comme normal, l'augmentation de 17 0/0 constatée étant imputable au fait qu'on n'a pu empêcher le malade de parler sans cesse au cours de l'examen.

Que penser de ce malade ? Il a présenté une dysendocrinie qui semble, comme cela est fréquent, avoir frappé différents appareils : il y a eu en particulier arrêt définitif du développement testiculaire et il a dû y avoir (traduits par l'arrêt, puis la reprise tardive de l'accroissement de la taille), hypo, puis hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. Pourquoi ce renversement de l'activité de cette glande ? On peut supposer, comme cela a déjà été soutenu que c'est l'insuffisance testiculaire qui a entraîné au niveau de l'anté-hypophyse un hyperfonctionnement compensateur.

De toute façon, ce malade correspond au type que M. Claude appelle gigantisme infantile.

Un cas de démence précoce chez un bon absent.**Considérations sur les motifs invoqués par les bons absents.**

Par M. FOLLY

Médecin Lieutenant-Colonel, Nancy

En mai dernier, Dr... Gabriel, en garnison à Nancy, nous est envoyé par son médecin de régiment pour examen psychiatrique avec le diagnostic suivant : « En observation pour débilité mentale fruste, refus d'obéissance renouvelée, éclats de rire à une observation. S'est vanté de se faire réformer ».

D... a 21 ans. Il exerce la profession de modeleur, et travaille avec son père. Ce dernier est âgé de 62 ans, il est robuste et vigoureux. Sa femme était éthylique et abusait des liqueurs ; elle est morte en décembre 1929 de cirrhose atrophique avec ascite. Elle était violente et coléreuse.

Ils ont eu six enfants, tous vigoureux et bien équilibrés, sauf le malade, qui est le 4^e de la famille.

D... est né à terme. Il n'a pas eu une enfance malaïdive ; mais il était très nerveux et avait peur la nuit.

Il ne s'est pas adonné à l'alcool et n'a pas eu de maladies vénériennes.

Il reste à l'école jusqu'à 12 ans ; il y travaille bien. Puis il va apprendre le dessin industriel à Paris, au Conservatoire des Arts et Métiers ; mais il n'obtient pas son diplôme de dessinateur, parce qu'au début de la quatrième année, il se déclare fatigué et refuse de suivre les cours.

Il retourne chez son père, et travaille au modelage avec lui. Son père était, nous a-t-il dit, content de son travail.

Recensé en 1928, il refuse de se présenter devant le Conseil de révision sous prétexte qu'il ne voulait pas interrompre son travail. Il est pris bon absent.

Incorporé à Nancy, D... attire immédiatement l'attention de son entourage par son attitude singulière. Aux ordres et aux observations, il répond par des sourires, accompagnés de haussements d'épaules. Il déclare qu'il n'est pas pressé d'obéir, qu'il a bien le temps. Par moments, il semble indifférent ; à d'autres, il a une explosion de larmes ou de rires sans motif.

Malgré de nombreux avertissements, il retombe toujours dans les mêmes fautes. Il finit par lasser la patience de ses chefs et encourt deux punitions dans la même journée pour mauvaise volonté et réponses incorrectes.

Son capitaine, justement ému, l'appelle à son bureau, et ayant remarqué qu'il soignait sa chevelure, le menace de la lui faire couper réglementairement, à la première faute. La réaction fut violente. D... abandonne le sourire inexpressif qui lui était coutumier ; son visage traduisit une vive irritation, et il s'écria : « Mon Capitaine, mettez-moi en prison tant que vous voudrez ; mais pour cela, non, je ne veux pas qu'on me coupe les cheveux. » Il répéta la même phrase à plusieurs reprises, appuyant ses paroles de gestes dénotant une grande nervosité et un manque total de contrôle personnel.

A la suite de cette entrevue, son capitaine l'adressa au médecin, qui l'envoya immédiatement dans notre service.

A l'Hôpital, il a la même attitude qu'à la caserne : sourire figé, énigmatique, repliement sur lui-même. Il s'isole à sa place, ne fréquente personne, se plaint d'être fatigué et d'avoir mal à la tête. La nuit, il a des cauchemars, et voit des bêtes féroces : lions, tigres, serpents. Il rêve souvent à sa mère. Par moment, il a de la peine à s'endormir ; il a des « insoumies », dit-il.

Il a été très affecté de la mort de sa mère, et son caractère s'est modifié depuis. Il n'est pas positivement triste ; mais il a une tendance à se retirer du monde. Cela dépend des jours : il y a des jours où il aime plus la solitude qu'à d'autres. Il a gardé le même goût au travail ; mais il a remarqué qu'il se fatigue très vite. Lorsqu'il a fait un effort, il souffre à la région occipi-

tale, sans vertiges, ni névralgie. Parfois, il se plaint aussi de points de côté.

D... est de grande taille et d'apparence robuste. Son examen somatique ne révèle aucun signe objectif aux poumons, ni au cœur, ni à l'appareil digestif. Urines normales. Son appétit est conservé ; mais il a des selles irrégulières. Du côté nerveux, rien de particulier à signaler, pupilles normales, pas de troubles du système neuro-végétatif.

Les signes d'hébéphrénie chez D... ne sont pas douleux. Son affection remonte à l'adolescence. Etant à Paris, il se dit fatigué et refuse de continuer ses études au Conservatoire des Arts et Métiers. Plus tard, il travaille avec son père ; mais il se fatigue très vite. Il refuse de se présenter au Conseil de révision, et il est pris « bon absent ». Au régiment, il refuse d'aller à l'exercice, n'est jamais pressé d'exécuter les ordres donnés, fait des réponses incorrectes, hausse les épaules, quand un chef lui parle. Il rit ou pleure sans motif, s'isole de ses camarades. A l'Hôpital, il a la même attitude, bien qu'il ne fût l'objet d'aucune contrainte.

La mort de sa mère n'a été qu'une circonstance aggravante d'une affection latente, déjà en germe depuis plusieurs années. Le négativisme, l'autisme, les rires et les pleurs sans motif, la fatigabilité, les néologismes observés chez lui sont les signes d'une hébéphrénie confirmée.

Après quelques jours d'observation, D... fut réformé définitivement.

Par la suite, il a travaillé quelque temps avec son père, puis a quitté sa famille après une scène violente, où il a menacé sa sœur avec un bâton, et a brisé une fenêtre. Il vit actuellement seul dans une ville du Nord.

La démenance précoce est un motif rare d'absence au conseil de révision ; aussi avons-nous cru intéressant de relater ce cas qui l'illustre particulièrement. A cette occasion, nous avons recherché les motifs invoqués par 70 conscrits, pris bons absents, et que nous avons examinés récemment.

Sur ces 70, 5 s'étaient excusés pour raisons diverses, raisons de famille surtout.

Un a déclaré n'avoir aucune raison valable de manquer à son devoir de citoyen.

25 étaient éloignés de leur famille et ont négligé d'aviser l'autorité en temps utile, pour faire suivre leur convocation.

14 ne se sont pas présentés volontairement, afin d'être acceptés d'office pour le service militaire. C'étaient, pour la plupart, d'anciens ajournés.

9 étaient malades et ne se sont pas excusés. L'un deux a donné pour raison qu'il craignait de ne pas toucher son assurance de maladie.

1, employé comme docker, devait percevoir une prime de travail le jour du Conseil de révision.

1 a dit ne pas avoir le temps de cesser son travail.

1, employé chez un agent de change, ne s'est pas fait remplacer en temps opportun.

1 s'est laissé persuader par son patron qu'il était inutile pour lui d'aller au Conseil de révision.

1, atteint d'une affection vénérienne, a craint que son affection fût divulguée en public.

1 étranger, né en France, ignorait la loi française.

8 enfin, ignorant le mécanisme des opérations sanitaires, ne se sont pas présentés à la séance de l'après-midi.

Ce sont, en somme, les mêmes motifs que ceux rapportés dans notre étude parue en juin 1923 dans les *Archives de Médecine et de Pharmacie Militaires*. La mentalité de nos conscrits n'a pas changé depuis et témoigne, chez quelques-uns, d'une insouciance et d'une indifférence complètes à l'égard de leur devoir de citoyen qui justifient la sanction prise par le ministre de la Guerre, en incorporant ces jeunes gens quinze jours avant leurs camarades.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances,

P. GUIRAUD, MINKOWSKI.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS

DES MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(XXXIV^e session, Lille, 21-26 juillet 1930)

Président : M. le Prof. ABADIE (de Bordeaux)

I. RAPPORT DE PSYCHIATRIE

LE LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN DANS LES MALADIES MENTALES, par M. le professeur H. CLAUDE (de Paris).

Le liquide céphalo-rachidien peut être modifié dans ses conditions physiques, dans sa constitution chimique, dans ses réactions biologiques et dans sa teneur en éléments figurés au cours des maladies mentales. Suivant les cas, l'intérêt de l'étude de ce liquide portera, soit sur la tension, la coloration, soit sur la quantité des divers éléments, soit sur les réactions biologiques (réactions de B.-W., du benjoin colloïdal, de l'or (Lange), de l'élixir parégorique), enfin, sur la présence de cellules endothéliales ou de cellules néoplasiques ; mais, avant tout, de la leucocytose et des hématies. Les modifications de la perméabilité méningée soit aux agents pharmacodynamiques, soit aux corps en circulation dans le sang devront également retenir l'attention. Il y aura, donc, des caractères pathologiques du L.C.-R. variables suivant les états morbides dont le trouble mental est l'expression. Ceux-ci peuvent être rangés par catégories :

I. *Affections organiques dont les lésions sont manifestes et bien déterminées.* — On peut ranger dans ce groupe :

1^o *Les foyers d'hémorragie et de ramollissement cérébral.*

Dans les cas d'hémorragies méningées, d'hémorragies ventriculaires ou de foyers hémorragiques cérébraux ayant diffusé dans les espaces arachnoïdiens, le liquide céphalo-rachidien est hypertendu et présente de l'hémato-leucocytose. On peut observer dans les hémorragies cérébrales, une réaction méningée aseptique qui peut faire hésiter sur le diagnostic.

2^o Dans les *tumeurs cérébrales*, le liquide C.-R. est hypertendu, le plus souvent, mais pas toujours, et on y trouve, quelquefois, une réaction du type mononucléaire ou lymphocytaire ; plus rarement des cellules néoplasiques. L'albuminose est fréquente. La tension baisse en général assez brusquement après soustraction de quelques cm³ de liquide. La recherche du coefficient d'Ayola, de la dissociation albumino-cytologique, ou albumino-globulinique pourraient apporter des éléments de diagnostic.

3^o Dans les *méningites séreuses* simulant les tumeurs, la pression est parfois aussi très élevée ; l'albuminose est rare ; la pression s'abaisse relativement peu.

4^o Dans les *encéphalites*, surtout l'encéphalite épidémique, on peut observer :

a) une forme méningée avec forte réaction leucocytaire et hyperalbuminose ou bien liquide hémorragique, xanthochromique et même coagulable ;

b) une forme avec hyperglycorachie pure ;

c) une forme sans altération du L. C.-R.

5^o La *chorée aiguë* avec troubles mentaux présente toujours une lymphocytose et une albuminose appréciables.

6^o Enfin, c'est surtout dans la syphilis nerveuse et la P. G. que l'étude du L. C.-R. est importante.

Les signes humoraux précèdent les signes cliniques (période biologique de Ravaut). Ravaut insiste sur l'importance des réactions leucocytaires, sur le caractère de positivité énergique du B.-W. dans certains cas, en l'absence de tout signe clinique. Le même auteur estime qu'une ponction lombaire négative, pratiquée après trois ans de traitement sérieux, entre la quatrième et la dizième année, permet de penser que le malade a de grandes chances de ne pas présenter par la suite de manifestations nerveuses décelables par la ponction lombaire.

La dissociation globulino-albuminique aurait, quand elle est prononcée, une signification importante pour le diagnostic de neuro-syphilis « incipients ».

En ce qui concerne la P. G., les altérations du L. C.-R. con-

sistent en modifications de la tension : élevée dans les formes avec agitation, abaissée dans les formes cachectiques — hyperalbuminose — augmentation de la globuline — lymphocytose moyenne — B.-W. fortement positif — benjoin colloïdal : flocculation dans les dix premiers tubes.

Mais il faut signaler des anomalies :

— une forte albuminose peut exister sans autres caractères de la série habituelle. Elle pourra régresser par traitement.

— Bien des cas cliniquement diagnostiqués P. G. n'ont que deux ou trois des caractères classiques du L. C.-R.

— Quelques cas authentiques du P. G. ont pu présenter à une certaine période, du moins, un L. C.-R. normal.

D'ailleurs, après la malariathérapie, le liquide céphalorachidien a pu redevenir normal dans un assez grand nombre de cas.

Le L. C.-R. s'est montré altéré dans un assez grand nombre de cas d'héréro-syphilis précoce : tension augmentée (1/3 des cas), hyperleucocytose (2/3 des cas), augmentation de l'albumine (1/3 des cas). La réaction de B.-W. n'est positive que dans un nombre minima de cas.

II. *Affections organiques dont les lésions sont moins bien précisées* (groupe des confusions et des démences précoces).

Une catégorie assez mal connue d'encéphalites, désignées souvent par les noms d'auteurs (leucoencéphalite progressive de Claude et Lhermitte, maladie de Pick, maladie de Schildder, etc...) ne présente pas de modifications du L. C.-R., sauf au cours de poussées évolutives dans lesquelles on peut noter une légère hyperalbuminose et une élévation passagère de la tension du L. C.-R.

Il en est de même des affections plus voisines des psychoses, que l'on tend à individualiser sous le nom de psycho-encéphalites.

Dans le groupe encore imprécis des syndromes confusionnels et de la démence précoce hébéphrénocatatonique, les résultats sont le plus souvent négatifs. Dans les formes classiques de la D. P., le L. C.-R. est normal en général ; le quotient albuminique de Kafka serait augmenté ; le taux de la cholestérol a été trouvé élevé.

La sclérose en plaques peut présenter une légère lymphocytose. La réaction de B.-W. est négative, mais la réaction du benjoin, parfois du type P. G., est parfois, au contraire, caractérisée par une flocculation dissociée.

III. *Affections de nature toxique.* — Dans les délires aigus de l'alcoolisme, on a trouvé de l'alcool pendant les 24 premières heures ; quelques auteurs ont vu une réaction leucocytaire mais, habituellement, il n'y a pas d'éléments pathologiques à moins d'addition d'autres facteurs pathogènes.

Dans le saturnisme, on aurait constaté une réaction méningée, notamment une lymphocytose intense qui a permis de parler de pseudo-P. G. saturnine.

L'urémie nerveuse pourrait s'accompagner d'états ménin-gés avec polynucléose ; la présence d'urée est seule caractéristique pourvu que le taux atteigne 0,1 0/0 et surtout dépasse ce chiffre (jusqu'à 0,4).

IV. *Les psychoses constitutionnelles* : manie, mélancolie, psychoses hallucinatoires, délires d'interprétation et d'influence, bouffées délirantes, etc..., ne s'accompagnent pas de modifications du L. C.-R. dans les formes primitives ; mais, dans certains cas, il ne s'agit que de syndromes et alors l'examen du liquide peut fournir des indications utiles.

Ainsi, pour des syndromes mélancoliques provoqués par l'infection méningococcique qui ont été signalés, ou pour ce syndrome hallucinatoire en rapport avec des crises d'hypertension intra-cranienne consécutives à un réveil de paludisme, rapporté par Claude.

Cependant, Ravaut et Laignel-Lavastine, Schiff et Courtois ont observé dans la mélancolie chronique des taux d'albumine dans le L. C.-R. de 40 à 50 0/00. Dans la mélancolie anxiante, dans 1/3 des cas, les recherches thermo-électriques ont montré à Schiff que la température du L. C.-R. était abaissée.

Dans la manie, Claude n'a trouvé un taux d'albumine de 0,40 que dans 3 cas sur 19 et la lymphocytose n'a dépassé 1 que dans un cas.

Le L. C.-R. est normal chez les débiles délirants et les déséquilibrés psychiques, dans les états schizophréniques ou schizomaniaques, dans les psychoses paranoïdes et les délires chroniques.

V. *Maladies convulsivantes.* — Dans l'épilepsie, en dehors des crises, on n'a pas constaté de variations de tension du liquide ayant un caractère constant. On a beaucoup parlé de la présence de choline, mais cette notion est très discutable. Il y aurait augmentation de phosphates.

La leucoctose n'a été constatée que dans les cas d'épilepsie symptomatique des lésions craniennes ou de processus méningo-encéphalitiques. L'albuminose fait également défaut.

Le liquide recueilli après une crise serait toxique par injection intra-cérébrale chez le cobaye.

Dans l'hystérie, hystéro-épilepsie, tétanie accompagnées de troubles mentaux, il n'a pas été constaté de modifications importantes du L. C.-R.

Dans les psychoses traumatiques, avec ou sans épilepsie, l'albumine a été trouvée en général en quantité plus élevée (0,30 à 0,50) et la lymphocytose modérée (3 à 5). Dans les états post-commotionnels, la tension s'est montrée également un peu plus élevée.

Conclusions. — En dehors des maladies mentales dans lesquelles une origine infectieuse nette peut être invoquée (syphilis, tuberculose, infections banales ou spécifiques, épidémiques) ou dans lesquelles une lésion anatomique destructive (tumeurs, hémorragies, ramollissement) peut être décelée, les éléments constitutifs du L. C.-R. sont peu modifiés. Dans les psychoses et même les encéphalites caractérisées par l'atrophie progressive des éléments nobles, le L. C.-R. n'est pas altéré, du moins à en juger par les méthodes d'investigations habituelles. Il conviendrait donc de diriger les recherches, soit du côté des variations de la perméabilité méningée expérimentale, soit du côté de l'étude de corps tels que la mucine, les substances colloïdes, d'analyser les variations des chlorures, des phosphates, du calcium dans leur rapport avec les mêmes éléments du sang et de l'organisme en général, toutes recherches qui n'ont été qu'ébauchées à l'heure actuelle.

DISCUSSION

M. le Prof. EUZIÈRE (de Montpellier) insiste sur l'importance de la recherche de la mucine dans le liquide céphalorachidien. La positivité de la réaction dans certains cas médico-légaux litigieux a permis d'affirmer la non-simulation.

MM. LEROY et MÉDAKOVITCH (de Paris) attirent l'attention sur la valeur de la « réaction à la siliqid » imaginée par Schwartz et Grünenvald pour le diagnostic de paralysie générale.

MM. FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER (de Paris) citent un cas de syndrome hébéphrénique dans lequel la ponction lombaire a permis de découvrir une réaction méningée syphilitique. Le traitement spécifique a entraîné une guérison en quelques semaines.

M. le Prof. EUZIÈRE signale la fréquence d'hyperalbuminoses pouvant aller jusqu'à 0,60 ou 0,80 chez des malades qui, cliniquement, se présentent comme atteints de psychose constitutionnelle.

M. le Prof. J. ABADIE et M. PAULY (de Bordeaux) apportent une statistique constituée par les 100 dernières ponctions lombaires pratiquées systématiquement chez tous les alcooliques de la clinique des maladies nerveuses et mentales de Bordeaux. Ils ont constaté dans 40 0/0 des cas environ des hyperalbuminoses légères. Mais l'alcool n'était jamais seul coupable. Donc, en pratique, toute hyperalbuminose céphalo-rachidienne chez un alcoolique doit inciter à rechercher une autre cause pathologique: infection (syphilis, tuberculose, etc.) ou intoxication susceptible de se localiser sur les enveloppes du névraxe.

En réalité, la discussion porte surtout sur le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques.

Existe-t-il une période biologique de la syphilis nerveuse? La ponction lombaire, en révélant ces signes, pourrait permettre de faire un diagnostic précoce de syphilis cérébrale ou de P. G. M. Claude, avec M. Ravaut, le pense, et il tend à impaluder très tôt, avant l'apparition de signes psychiques caractéristiques. — Ou bien, suivant l'opinion de M. Anglade (de Bordeaux), l'examen du liquide céphalo-rachidien ne peut-il nous fournir aucun renseignement sur la nature des lésions; doit-on toujours s'en référer à la clinique? Il est actuellement difficile d'avoir une certitude. Peut-être une connaissance plus précise des modifications du liquide céphalo-rachidien pourra-t-elle apporter une solution à ce problème. M. Alexander (de Bruxelles) rappelle à ce propos les indications fournies par le « coefficient de perméabilité méningée » qu'il a étudié avec Du-jardin. Il est de 1 dans la P. G., de 1/2 dans le tabès et seulement de 1/30 à 1/60 dans la syphilis cérébrale.

MM. CROUZON et HENRION (de Paris) apportent une intéressante contribution à l'étude des modifications du L. C.-R. après la malariathérapie: dans un grand nombre de cas, les réactions humorales disparaissent progressivement. Ils donnent leur avis sur l'existence de paralytiques généraux avec liquide céphalo-rachidien normal: ils croient le fait possible mais très rare, ne l'ayant observé que 4 fois sur 300 cas.

II. RAPPORT DE NEUROLOGIE

LES REFLEXES DE POSTURE ELEMENTAIRES, par M. le professeur agrégé DELMAS-MARSALET (de Bordeaux).

La notion de réflexe de posture. — « Lorsque, chez un sujet normal, on modifie passivement la position d'une articulation, il se produit dans les muscles qui, normalement, règlent cette position, un état de contraction tonique qui tend à fixer la nouvelle attitude. » Telle est la définition du réflexe de posture de Foix et Thévenard. Ce phénomène qui a été tout d'abord, mis en évidence au niveau du jambien antérieur, peut s'observer au niveau de tous les autres muscles péri-articulaires : ce phénomène paraît être très général. Toutefois, quelques remarques méritent d'être présentées :

1^o Les mouvements passifs par lesquels on recherche les réflexes de posture ne doivent pas atteindre une amplitude anormale ; la simple flexion aux environs de l'angle droit suffit.

2^o Il existe des muscles comme le triceps sural, le quadriceps fémoral, les petits muscles de la main qui ne donnent lieu qu'à des réflexes de posture extrêmement faibles.

3^o Cliniquement, chez l'homme normal, trois réflexes de posture sont facilement utilisables : ce sont ceux du jambier antérieur, des muscles postérieurs de la cuisse et du biceps.

Historique et position actuelle de la question. — Il faut envisager trois catégories de travaux :

1^o Travaux répondant à la définition stricte des réflexes de posture donnés par Foix et Thévenard :

En 1878, Westphall signale, le premier, ce phénomène sous le nom de « contraction paradoxale » en le considérant comme pathologique. Brissaud et Richet, en 1880, Mandelssen, Erlenmayer en 1881 le notent dans quelques cas.

L'apparition des séquelles hypertoniques de l'encéphalite épidémique a eu pour effet, de remettre en honneur l'étude de la contraction paradoxale. Strumpell, en 1920, l'étudie à nouveau chez les parkinsoniens sous le terme de « rigidité de fixation ».

En fait, l'étude systématique du phénomène ne com-

mence véritablement qu'avec Foix (1921) et Thévenard (1922 et 1923). Ceux-ci le désignent sous le nom de réflexe de posture, en étudient les caractères et en établissent la signification physiologique et la valeur sémiologique.

Delmas-Marsalet (1925-26-27) reprend la question au point de vue clinique, pharmacodynamique et physiologique. Ses recherches le conduisent à faire entrer dans le cadre des réflexes de posture, des réactions musculaires qui ne répondent plus strictement à la définition de Foix et Thévenard, et qui correspondent à certains faits du chapitre suivant.

2° Travaux relatifs à des phénomènes comparables aux réflexes de posture mais s'écartant plus ou moins de leur définition stricte. On peut y ranger :

Le « shortening reflexe » de Salomonsen (1913) ;

Le réflexe de posture du type Goldflam.

3° Travaux expérimentaux relatifs à des réflexes musculaires particuliers observés sur les animaux et présentant quelques ressemblances avec les précédents.

Ici se placent les travaux fondamentaux de Sherrington (1897) sur la rigidité de décérébration.

Avant d'aborder l'étude des réflexes de posture, il reste à faire disparaître une confusion de termes. Magnus et de Kleyn ont décrit sous la dénomination de « réflexes de posture complexes » les réactions cloniques ou toniques des muscles en réponse à des excitations cinétiques ou statiques des labyrinthes, à des excitations mécaniques de la région cervicale ou du tronc. Par opposition, Delmas-Marsalet a proposé d'appeler la contraction paradoxale et les phénomènes similaires : « Réflexes de posture élémentaires. » (R. P. E.).

Caractères intrinsèques des R.P.E chez l'homme normal. — Ils doivent être recherchés par la méthode graphique et on les enregistre facilement avec un myographe de Marcy placé sur le tendon du jambier antérieur. La manœuvre consiste à porter progressivement le pied en flexion dorsale et rotation interne, c'est-à-dire dans la position que déterminerait la contraction active du jambier antérieur puis d'abandonner le pied à lui-même. Dans ces conditions, le tracé est décomposable en trois parties :

1° Une première partie, constituée par un accident S1 qui traduit le soulèvement passif imprimé au tendon jambier par la mise en flexion du pied.

2^o Une deuxième partie R1, qui traduit la contraction du muscle jambier, c'est-à-dire le réflexe de posture proprement dit.

3^o Une troisième partie, traduisant le retour du pied à sa position initiale. Elle demande un certain temps.

C'est le « temps de détente » du R.P.E. dont Delmas-Marsalet a fait un test d'intensité du réflexe.

Tel est le réflexe du type Foix et Thévenard.

Il existe un autre type : le muscle se contracte brusquement au moment du relâchement du pied : c'est le type Goldflam.

Delmas-Marsalet décrit un troisième type de réflexe : combinaison des deux précédents.

Delmas-Marsalet, adoptant la conception uniciste, donne à ces trois types de réflexes, la même signification physiologique.

Le réflexe de posture peut changer de valeur sous l'influence de plusieurs séries de facteurs :

A) *Facteurs physiologiques.* — Les principaux sont :

— L'attitude générale du corps ; il semble que les R.P.E. diminuent d'autant plus que l'attitude prise par le sujet est plus confortable et que l'effort qui la maintient est plus réduit. Ces variations se raccordent remarquablement bien avec les modifications que subit le tonus dans les mêmes conditions (travaux de J. Froment et de ses élèves).

— Les excitations labyrinthiques et la position de la tête : s'inspirant des travaux de Magnus et de Kleyn sur les réflexes toniques labyrinthiques, Delmas-Marsalet a pu voir que les excitations vestibulaires (caloriques, rotatoires, électriques) diminuent temporairement les R.P.E.

— La mobilisation passive et prolongée d'une articulation ; elle entraîne une diminution.

— Les mouvements actifs, également.

Le R.P.E. n'est donc pas un phénomène purement local, mais il dépend de facteurs multiples. L'influence de l'attitude générale, des excitations labyrinthiques, des mouvements actifs et passifs établit que les R.P.E. se relient, directement aux grands mécanismes de l'attitude, de l'équilibration et de la mobilité volontaire (Delmas-Marsalet).

B) *Facteurs pathologiques.* — 1^o Les réflexes de posture élémentaires sont *diminués ou abolis* dans les états suivants : les lésions des voies pyramidales et dans le territoire des muscles influencés par ces lésions ; — les lésions

de l'arc réflexe simple et du même côté que celle-ci ; — les lésions du système cérébelleux, du même côté que la lésion ; — les lésions associées des systèmes précédents (sclérose en plaques, syringomyélie, maladie de Friedreich, sclérose latérale amyotrophique, scléroses combinées).

2^o Les R.P.E. sont *exagérés* dans les affections du système dit extra-pyramidal (les syndromes parkinsoniens).

3^o Les R.P.E. sont *variables* dans la pseudo-sclérose de Westphall, les syndromes lenticulaires du vieillard, les états myotoniques et myasthéniques. Dans la D.P. catatonique, les R.P.E. sont un peu exagérés mais on ne saurait y voir la cause même de la catatonie.

C) *Facteurs médicamenteux*. — C'est un des points les plus intéressants de cette étude.

Delmas-Marsalet a montré que l'injection sous-cutanée à l'homme sain de 1/2 milligr. de bromhydrate de scopolamine à 1/2.000^e abolit rapidement les réflexes de posture. Le phénomène est encore très net chez les parkinsoniens avec une injection de 1 milligr. 25 de la même solution. Un fait remarquable est que l'abolition de R.P.E. par la scopolamine n'entraîne pas celle des autres réflexes. D'où, l'épreuve de la scopolamine proposée par Delmas-Marsalet. L'injection de scopolamine à un parkinsonien peut permettre, par l'abolition des R.P.E., de mettre en relief dans quelques cas une raideur pyramidale sous-jacente.

Parmi les autres alcaloïdes ayant une action sur les réflexes de posture, il faut signaler l'atropine (abolition). La pilocarpine (exagération), la bulbo-capnique qui permet de réaliser un véritable syndrome parkinsonien chez l'homme normal sans tremblement (K. Henner).

Réflexes de posture élémentaires et tonus musculaire. — Les R.P.E. expriment le « surtonus » destiné à la fixation automatique et momentanée d'une attitude. Ils s'intègrent dans le mécanisme général des renforcements et affaiblissements du tonus.

Au point de vue pathologique, le rapport le moins discutable que l'on puisse saisir entre l'état du tonus et celui des R.P.E. est un rapport de coïncidence et non un rapport de cause à effet qu'il serait prématuré d'établir.

Pour s'en tenir aux notions capitales, il suffit de signaler que : l'hypertonie parkinsonienne coïncide avec des R.P.E. exagérés et toute cause qui diminue ces réflexes entraîne la diminution de l'hypertonie ; — les R.P.E. sont abolis dans l'hypertonie pyramidale ; — dans les états dys-

toniques, l'hyperréflexivité de posture est la règle ; — quant à la *catalepsie*, elle persiste malgré l'injection de scopolamine ; elle traduit plutôt un trouble psycho-physiologique (H. Claude, Baruk et Nouel).

Les réflexes de posture élémentaires au point de vue physiologique. — L'étude clinique, expérimentale et critique des R. P. E. démontre leur indiscutable individualité. On ne doit pas les considérer comme une simple contraction idéo-musculaire.

Ils ne sont ni le phénomène d'étirement des antagonistes des A. Thomas et Goldflam, ni le phénomène des antagonistes de Babinski et Jarkowski, ni les phénomènes étudiés par Sherrington à propos de la « rigidité de décérébration » sous le nom de « shortening » et « lengthening contraction ».

Cependant, on ne peut pas encore décrire leurs *voies anatomiques* ; il est probable que la moelle constitue un centre fondamental, mais c'est à peu près tout ce que nous savons. Il est d'ailleurs vraisemblable qu'il n'y a pas des « voies », mais une intrication en réseau de systèmes multiples, s'influencant réciproquement. Le cliché classique dont peut s'accorder le système pyramidal ne vaut plus pour la fonction posturale ; des centres limités, des voies simples et nettement définies ne paraissent pas commander aux R. P. E. La vieille notion du réseau de Gerlach réapparaît à l'esprit, non plus avec sa signification histologique, mais comme une image capable d'expliquer les effets des lésions diffuses du système nerveux, et en particulier l'exagération de R. P. E. Tout cela cadre d'ailleurs avec les constatations anatomo-pathologiques.

DISCUSSION

M. SCHWARTZ (de Strasbourg) préfère le terme de « réflexe de fixation » des physiologistes à celui de réflexe de posture. D'après lui, ces réflexes sont à rapprocher des phénomènes observés au cours de la rigidité de décérébration. Il existerait deux sortes de réflexes de fixation, conditionnés par une « orientation psycho-motrice » différente du sujet ; un réflexe tonique, tendance du muscle à s'adapter au mouvement passif ; un réflexe tétanique, tendance à compenser le mouvement. Le rôle des antagonistes dans le déclenchement de tels réflexes est considérable, comme le prouve leur suppression par cocaïnisation.

M. DONAGGIO (de Modène) pense, avec M. Delmas-Marsal, que le syndrome parkinsonien est sous la dépendance de lésions diffuses. Mais les lésions cortico-nigriques sont prédominantes. Au niveau de la frontale ascendante, il existe de fines lésions histologiques ; il semble que cette circonvolution n'ait pas seulement une fonction pyramidale, mais aussi une fonction extra-pyramidal. Peut-être pourrait-on expliquer ainsi les cas mixtes de maladie de Parkinson (avec signes pyramidaux).

MM. D. et R. ANGLADE (de Bordeaux) apportent leurs recherches anatomo-pathologiques personnelles. Ils ont été frappés de l'importance et de la constance des lésions du locus-niger dans le parkinsonisme. Ils expliquent la coexistence, facilement observable grâce à la scopolamine, de signes pyramidaux, par une extension des lésions au pied du pédoncule ou à la calotte pédonculaire.

M. HENNER (de Prague) a constaté la diminution ou même la disparition de R.P.E. dans la somnolence ou le sommeil pathologiquement profond. Ceci est en concordance parfaite avec ce fait d'expérience que le syndrome cérébelleux s'accentue pendant la nuit et le sommeil, et cet autre fait que le syndrome parkinsonien tend, dans les mêmes conditions, à s'atténuer (kinésies paradoxales). Hyporéflexie et hypotonie posturéo-réflexe sont, dans la sphère motrice humaine, un des premiers signes du besoin de sommeil, et cela dans le moment où le système moteur, cinétique, pyramidal est encore complètement soumis à notre puissance.

III. RAPPORT D'ASSISTANCE

L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES AUX MALADES ATTEINTS DE MALADIES MENTALES, par M. le Dr Albert CALMETTES, médecin-chef de l'asile de Nangeat-Limoges.

Les principes de la loi sur les Assurances sociales renversent les conceptions législatives qui assuraient, jusqu'ici, l'aide et les soins aux malheureux qui, malades, infirmes ou affaiblis par l'âge, ne pouvaient recevoir les soins que nécessitait leur état.

Aux anciennes conceptions de charité ou d'obligation de l'Etat envers les malheureux, le législateur actuel oppose

celui de l'assurance, grâce à laquelle le salarié acquiert des droits. Cette législation visera également les sujets atteints de maladies mentales : le malade mental deviendra un malade comme les autres ; on n'attendra plus, pour le placer à l'asile et pour le soigner, qu'il soit devenu dangereux. Ce sont ces répercussions, apportées par la nouvelle loi, que ce Rapport a pour but de mettre en relief.

I. Le rapporteur montre d'abord ce qu'était et ce qu'est actuellement l'Assistance aux aliénés avant la loi sur les Assurances sociales. En pratique, seuls sont placés dans les asiles : 1^o les sujets dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes ; 2^o les malades assez fortunés pour acquitter les frais de placement. Cependant, la loi de 1838 permettait d'autres possibilités d'assistance ; mais, trois ou quatre départements à peine, depuis 100 ans, avaient pris des dispositions pour admettre à l'asile les indigents non dangereux pour l'ordre public : la Seine, la Nièvre, le Loiret. Partout ailleurs, on considère les aliénés comme des incurables, non récupérables socialement, et les administrations intéressées hésitent à faire de lourds sacrifices pour eux. La loi sur les Assurances sociales changera cette situation. En pratique, elle fait disparaître la catégorie des indigents assistés par la charité publique, puisque tous les salariés ayant moins de 15.000 fr. de salaire sont affiliés d'office à une caisse d'assurance et ont, de ce fait, des ressources.

Après avoir étudié les principes généraux de la loi et son application à l'étranger, notamment en Allemagne, le rapporteur établit quels seront ses modes d'application. (Il s'en tient au point de vue du médecin-aliéniste).

Le malade mental aigu est celui qui tirera le plus gros bénéfice de la loi. En effet, celle-ci permettra son placement immédiat à l'asile, par conséquent des soins plus précoce. L'expérience alsacienne prouve que, sous le régime de la loi d'Assurances, les malades sont beaucoup plus rapidement confiés aux asiles ; le séjour dit d'observation dans des hôpitaux mal adaptés à cette tâche ou dans des locaux d'isolement trop souvent immondes, est pratiquement évité. Les formalités pour l'admission du malade à l'asile sont très simplifiées : il suffit que la caisse lui fournisse un bon. Or ces avantages (rapidité du placement et simplification des formalités) s'ajoutent des avantages d'ordre financier. En ce qui concerne le malade mental aigu, les caisses doivent payer les frais d'hospitalisa-

tion, les frais médicaux et pharmaceutiques, durant six mois. L'application de la loi aura des conséquences sur l'organisation des asiles ; actuellement, il y a deux catégories distinctes dans l'asile : les pensionnaires et les indigents ; ils n'ont pas le même confort. L'assuré social à qui on aura retenu une partie de son salaire croira avoir tous les droits. Lui ou sa famille demanderont une hospitalisation dans le groupe des pensionnaires. Peut-être y aura-t-il lieu de créer un organisme intermédiaire pour ces malades. L'occasion ne serait-elle pas bonne pour transformer les Asiles de garderies qu'ils sont trop souvent en véritables hôpitaux modernes ?

Si, au bout de 6 mois, l'affection mentale n'est pas guérie, le malade a droit, suivant certaines modalités, d'abord à titre provisoire, puis définitif, à une pension d'invalidité. Jusqu'à établissement du nouveau barème, le degré d'invalidité est estimé, provisoirement, d'après le barème en usage pour l'application de la loi du 31 mars 1919 sur les pensions. La question d'invalidité nécessitera souvent l'intervention du médecin d'asile. Quand le malade devra rester interné, la question sera très simple : l'invalidité sera de 100 0/0 ; mais, dans certains cas, l'affaiblissement intellectuel est partiel, le malade peut vivre dans la famille. Comme la rente est supprimée quand l'invalidité est inférieure à 50 0/0, il y aura des cas d'espèce assez difficiles à trancher. Le texte définitif de la loi n'étant pas établi, il est impossible d'évaluer la rente à laquelle aura droit chaque malade. Il faut ajouter que l'action bienfaisante de la loi s'étend également à la famille du malade : elle aura droit à des subsides prélevés sur les fonds de majoration et de solidarité.

Telles sont les multiples façons dont la loi sur les Assurances sociales pourra aider les malades mentaux. M. Calmettes pense que cette organisation pourra également servir à la prophylaxie mentale et à l'amélioration des soins aux convalescents, bien que l'amendement de M. Strauss demandant qu'on introduisit dans la loi l'obligation pour les caisses d'organiser des consultations préventives, ait été repoussé au Sénat. En effet, il est permis d'espérer que les caisses organiseront des dispensaires pour dépister les maladies. Leur activité pourra s'exercer dans trois directions : L'examen mental des étrangers. Le dépistage des alcooliques. Le contrôle des ouvriers travaillant à domicile.

En définitive, le rapporteur se montre optimiste : il croit qu'au point de vue de la médecine mentale, la loi sur les Assurances sociales doit rendre de très grands services. Il y voit surtout des avantages. Toutefois on peut faire à la législation nouvelle, deux ordres de reproches : l'un d'ordre économique (augmentation de la cherté de la vie), l'autre d'ordre moral : encouragement des paresseux, peine à la fraude ; de véritables psychoses verront le jour : on a déjà parlé de « névrose d'assurance » de « paralysie de la volonté de guérir ». La sinistre va se révéler plus florissante que jamais sous une forme nouvelle.

Mais il suffit de connaître les abus auxquels peut se prêter l'application de la loi pour les combattre. L'enseignement de l'hygiène et de la médecine légale devra attirer l'attention des futurs praticiens sur les responsabilités qu'ils auront à prendre, dans la détermination du cas de simulation et d'exagération des troubles mentaux. La conscience professionnelle du praticien et la sévérité du contrôle feront le reste et on n'aura pas à nier la perfectibilité des sociétés humaines en enregistrant la faillite d'une loi avant tout destinée à diminuer la souffrance et la misère.

DISCUSSION

M. DESRUELLES (de Saint-Ylie, Jura) estime qu'un prix de journée unique pour tous les asiles pourrait être déterminé par le pouvoir central.

M. BARUK (d'Angers) fait remarquer qu'un prix de journée unique serait difficilement applicable, le prix de revient réel étant variable selon les régions.

M. DEMAY (de Maison-Blanche) propose de faire renouveler, par le Congrès, le vœu que le placement volontaire soit la règle et le placement d'office l'exception.

M. le Prof. J. LÉPINE (de Lyon) donne son opinion sur plusieurs des problèmes soulevés par le rapporteur. Il établit quelques prévisions touchant les difficultés d'application de la nouvelle loi. Il insiste sur l'utilité des centres psychiatriques d'observation.

M. RODIET (de Ville-Evrard) appelle l'attention du Congrès sur la possibilité, pour certains simulateurs de la folie, de se réfugier dans les services libres de prophylaxie mentale et d'échapper ainsi aux poursuites judiciaires.

M. L. LAGRIFFE se demande s'il serait opportun de faire présenter par le Congrès un certain nombre de vœux. Finalement, il croit que les psychiatres doivent attendre les précisions que devront apporter les législateurs avant de formuler officiellement leur opinion.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. — COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

— *Syndrome de Korsakoff évoluant sur une sclérose en plaques*, par MM. BILLET et CAMPIONNET (de la Maison de santé Rech, à Montpellier).

— *Les testicules des paralytiques généraux*, par MM. P. NAYRAC et A. BRETON (de Lille). — Ces auteurs apportent une étude anatomo-pathologique ; ils montrent que les lésions atteignent autant le tissu mobile que le tissu de soutien ; ils affirment la réalité d'un trouble de la spermatogénèse qui peut aller jusqu'à créer l'azoospermie.

— *Paralysie générale à début hypocondriaque*, communication de M. le Prof. Auguste LEY (de Bruxelles).

— *Deux cas d'atrophie optique traités par la malariathérapie* par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et M. PRIEUR. — Les deux malades ont récupéré une acuité visuelle suffisante pour distinguer les objets et les personnes.

— *Un cas de fièvre nerveuse ou hystérique*, communication de M. R. ANGLADE (de Vauclaire, Angoulême).

— *Les états dépressifs à manifestations purement délirantes*, par MM. G. VERMEYLEN et P. VERVAECK (de Bruxelles). — Il semble que chez certains malades, un épisode anxieux puisse déclencher un délire qui évolue ensuite pour son propre compte sans autre manifestation psychique ou somatique de mélancolie. Les auteurs en apportent 3 exemples.

— *Le pronostic des manies et des mélancolies primaires* à l'aide des données du métabolisme basal et des mesures de la glycémie par M. MIRA (de Barcelone).

— *Confusion mentale et tuberculose*, par M. L. WAHL (de Marseille).

— *Tuberculose et démence précoce*, par MM. PRIVAT DE FORTUNIÉ et GENÉY.

— Exposé par M. LESTCHINSKY (de Territet), de sa *méthode combinée de traitement des insuffisances nerveuses et fonctionnelles*.

II. — COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

— *Etude de l'Encéphalite varicelleuse*, par M. le Prof. INGEBRANS (de Lille). — A propos d'un cas d'atonie aiguë chez un enfant par cérébellite post-varicelleuse non douenteuse. La guérison a été complète.

— *Tabès à évolution rapide et Pseudo-tumeurs des méninges d'origine hémotique*, par M. G. KAPSALAS (d'Athènes).

— *Contribution anatomo-clinique nouvelle à la connaissance du parkinsonisme encéphalitique*, par M. le Prof. DONAGGIO (de Modène). — M. Donaggio attire l'attention sur ce qu'il a appelé la forme très tardive du parkinsonisme post-encéphalitique. Le syndrome peut s'installer 5, 7, 10 ans après l'encéphalite. Dans ce cas, il peut y avoir : discontinuité morbide complète entre l'encéphalite et le parkinsonisme — discontinuité morbide partielle ou continuité morbide. M. Donaggio rappelle ensuite ses travaux sur l'anatomie pathologique du parkinsonisme post-encéphalitique. Les lésions sont surtout cortico-nigriques. Les études récentes tendent à confirmer cette constatation.

— *Etude d'un cas de méningite séreuse posant le problème du diagnostic différentiel avec les tumeurs cérébrales*, par MM. FRIBOURG-BLANC, GAUTHIER et MASQUIN (de Paris).

— *Recherches sur la structure comparée de la glande pinéale*, par MM. D. et R. ANGLADE. — Ces recherches conduisent les auteurs à considérer la glande pinéale comme entièrement névroglique. La question de la sécrétion interne de la névrogolie se pose, donc, à ce sujet. Les auteurs émettent l'hypothèse suivante : Les choses se passent comme si la glande pinéale jouissait d'un rôle actif de sécrétion interne à la période du développement cérébro-spinal où la névrogolie n'est pas encore répandue dans le système nerveux central. Ensuite la glande s'effacerait, son rôle étant réduit peut-être à celui d'une réserve d'hormones.

PAULY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

Manuel élémentaire de psychiatrie, par le Dr M. NATHAN.
(Un vol., 320 p. Masson et Cie édit., Paris, 1930).

Dans ce manuel, M. Nathan, peu soucieux des discussions terminologiques qui ont lourdement pesé sur la psychiatrie classique, s'efforce d'aller au fond des choses, d'être simple sans être simpliste, d'être vivant et vrai et d'une lecture facile.

Cette facilité de la lecture, l'auteur l'a demandée à la rédaction et à la présentation typographique.

Pour lui, un « Manuel élémentaire » n'est pas un gros traité comprimé ; il n'est pas non plus un memento destiné à rappeler à la veille d'un examen des notions supposées acquises ; il représente un premier contact avec une science, une préface à la lecture des ouvrages complets, des monographies détaillées ; il se propose d'éveiller la curiosité du lecteur sur la discipline qu'il enseigne. A cet effet, ce manuel adopte le ton de la causerie parsemée d'anecdotes, d'observations particulièrement typiques, richement illustrées de graphismes et de figures presque toutes originales.

Typographiquement parlant, le texte d'un même chapitre évite le morcellement, les sous-chapitres sont indiqués par des sous-titres, discrètement placés en marge, un index fort complet et soigneusement établi permet de retrouver instantanément la référence désirée.

Chaque chapitre se termine par l'étude des indications thérapeutiques. La dernière partie du livre est consacrée aux différentes modalités de traitement : médicamenteux, végétatif, opothérapique, à la psychothérapie qui occupe une place d'honneur, mais ne doit venir qu'après un examen somatique complet du malade, aux questions médico-légales avec lesquelles le psychiatre et même le médecin de médecine générale se trouve journellement aux prises.

Telles sont les principales directives qui ont présidé à l'élaboration de ce manuel également accessible au praticien, à l'étudiant, au psychologue et à l' « honnête homme » au sens que le XVII^e siècle donnait à ce mot.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

NEUROLOGIE

Les manifestations nerveuses de la polyglobulie. Erythrémie cryptogénétique. Maladie de Vaquez, par J. LHERMITTE (in *Gazette des Hôpitaux*, 3 mai 1930).

Revue générale consacrée à la fréquence et à la diversité des manifestations nerveuses liées à l'augmentation des globules rouges du sang.

I. *Cliniquement*, on peut trouver :

a) des troubles moteurs : mono, hémi, paraplégies, paralysies pseudobulbaires ; b) des troubles d'apraxie, d'ataxie et d'aphasie ; c) des troubles sensoriels : hémi-anopsie ; d) des troubles trophiques : adiposité, atrophie musculaire, atrophie des orteils ; e) des troubles végétatifs : hyperidrose, sialorrhée, polydypsie, boulimie, somnolence avec hallucinations hypnagogiques, et surtout narcolepsie et cataplexie ; f) des troubles subjectifs qui sont quelquefois seuls à exister et consistent en sensations plus ou moins imprécises, rappelant la bouffée de chaleur, la céphalée, la migraine à scotomes, la striction précordiale, l'angoisse, la douleur fulgurante, la paresthésie, le vertige ; g) des troubles psychiques plus ou moins caractérisés : bouffées d'excitation ou de dépression, aprosexie, états confusionnels avec ou sans hallucinations, dyspsychie, syndrome de Korsakoff, syndrome à apparence démentielle.

Ces diverses catégories de symptômes peuvent coexister. Mais parfois une seule existe et les troubles qui la concernent changent de forme ; par exemple, une crise d'aphasie guérit, et, plus tard, on assistera à une crise d'hémianopsie, etc., c'est que le siège des troubles varie.

Quelquefois, les troubles sont définitifs, quand il y a lésion destructive. Le plus souvent, ils sont transitoires.

On conçoit la difficulté du diagnostic qui doit se faire par la recherche des signes essentiels de la maladie : la cyanose du visage, des muqueuses et des papilles, l'augmentation du nombre des globules rouges, l'hypertension vasculaire et des autres signes qui peuvent se surajouter : l'hypertrophie de la rate et du foie, l'urobilinémie, etc. En neurologie, c'est principalement le diagnostic des algies, des radiculites et de la claudication intermittente qui se pose. En psychiatrie, c'est principalement celui de l'hypochondrie et de la cénesthopathie.

II. *Pathogéniquement*, la difficulté et le ralentissement du cours du sang, par suite de l'excès de globules et de l'hyperviscosité du plasma, amènent une anoxémie des centres irrigués qui altère leur fonction. L'augmentation du volume des vaisseaux comprime les terminaisons nerveuses autour d'eux. Dans le crâne, la réplétion des sinus durémériens et des veines encéphaliques peut être une des causes de l'hypertension du liquide céphalorachidien souvent rencontrée. A la longue, une thrombose artérielle ou veineuse, et même une rupture, peuvent se produire, déterminant une lésion définitive qui conditionne l'incurabilité des troubles.

C'est dans le cerveau lui-même que ces perturbations se passent le plus souvent. Elles sont plus rares dans la moelle, parce que le tissu, constitué surtout par des fibres, est plus résistant et parce que les anastomoses vasculaires sont plus nombreuses. Elles pourraient exister, d'après Grossetti, au niveau du nerf périphérique. Mais c'est surtout au niveau des terminaisons nerveuses enfermées dans un canal résistant qu'elles agissent, comme c'est le cas de la moelle osseuse pour les douleurs ostéocopes.

Retenant le problème de l'interdépendance, qui unit les troubles végétatifs et la narcolepsie, si souvent associés, avec l'érythémie, l'auteur discute les deux hypothèses ; d'après l'une, l'érythémie provoquerait directement le dysfonctionnement des centres végétatifs cérébraux et serait la cause directe, aussi bien des perturbations hypniques que des modifications végétatives ; d'après l'autre, l'érythémie n'est plus qu'un des symptômes parmi bien d'autres, tels que la boulimie, la soif, etc., d'une lésion passagère ou définitive des appareils organovégétatifs siégeant dans la région mésodiencéphalique.

De cette étude remarquable où se montre, une fois de plus, la nécessité de l'alliance des deux disciplines psychia-

trique et neurologique, se dégagent avant tout, pour le psychiatre, un fait et une indication.

Le fait est la projection d'un nouveau rayon de lumière sur la question si obscure de la douleur qualifiée psychopathique.

L'indication vise l'importance de l'examen attentif de la vision des malades mentaux. Il faut ajouter l'érythémie à la liste des causes psychopathogènes que l'altération de la papille peut déceler. L'état onduleux et la coloration foncée de ses veines est parfois, en effet, le seul signe objectif de l'affection.

Paul COURBON.

Le déséquilibre vagosympathique dans les syndromes sous-corticaux, par Mme Paulina-H. DE RABINOVITCH, *La Semana Médica*, 19 juin 1930.

L'auteur a observé 20 cas de syndromes parkinsoniens, de dystonies musculaires variées, de myoclonies, de chorées et a noté presque partout des troubles trophiques, sécrétaires, vaso-moteurs, glandulaires. Le plus souvent, il s'agissait de neurotonie. Le résultat de ces investigations tendrait à démontrer que le mésocéphale renferme des centres du système nerveux végétatif, mais qu'il ne possède pas de centres séparés pour le sympathique et le parasympathique.

P. CARRETTE.

Sur la narcolepsie et la picnolepsie, par le Dr ESCARDO, *Archivos de Med. Ci. y Esp.*, 21 juin 1930.

La narcolepsie est un besoin subit et irrésistible de dormir, survenant soit spontanément, soit à l'occasion de certains états affectifs : gaieté, crainte, colère ; le sommeil narcoleptique est identique au sommeil normal et, au réveil, le malade se souvient de ce qui lui est arrivé. La picnolepsie est une forme spéciale, fruste, de ce trouble, survenant principalement chez l'enfant de 4 à 10 ans. L'auteur étudie diverses explications pathogéniques ; il considère que l'épilepsie, les traumatismes crâniens, les troubles endocriniens sont à l'origine de nombreux cas. L'anatomie pathologique du syndrome n'est pas déterminée ; les uns le croient en rapport avec des altérations du voisinage du III^e ventricule, d'autres du bulbe et de la protubérance.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

Le Docteur DRON, sénateur, président du Conseil Supérieur de l'Assistance publique, président de la Commission administrative de l'Asile d'Armentières.

M. Yves-Léon OLIVIER, ingénieur agricole I. A. N., fils de notre collègue et ami le Docteur Maurice Olivier, maire de Blois, médecin-directeur de la Maison de Santé départementale du Loir-et-Cher.

M. le Docteur CHÈZE, médecin-chef à l'Asile de Clermont, décédé subitement à Champvans (Jura) le 15 octobre 1930. Nous adressons à la famille de notre regretté collègue nos condoléances émues.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

Médaille de bronze

Le Docteur Paul ABÉLY, médecin-chef de service à la Maison Nationale de Saint-Maurice.

(*Officiel*, 29 août 1930).

NOMINATIONS

M. le Docteur VIÉ, reçu au concours de médecin-chef des Asiles pour l'année 1930 avec le n° 2, est nommé médecin-chef de service à l'établissement neuro-psychiatrique de la Charité-sur-Loire (Nièvre), en remplacement de M. le Docteur GARDES.

M. le Docteur SIZARET (Alexandre), reçu au concours de médecin-chef des asiles pour l'année 1930 avec le n° 3, est nommé directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de M. le Docteur FROMENTY.

M. le Docteur HUGUES, reçu au concours de médecin-chef des asiles pour l'année 1930 avec le n° 4 est nommé médecin-chef de l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var), en remplacement de Mlle le Docteur SERIN, mise en disponibilité sur sa demande.

M. le Docteur DUCHÈNE, reçu au concours de médecin-chef

des asiles pour l'année 1930 avec le n° 8 est nommé médecin-chef de l'asile public d'aliénés de Lorquin (Moselle), en remplacement de Mlle le Docteur CULLERRE.

M. le Docteur TEULIÉ, reçu au concours de médecin-chef des asiles pour l'année 1930 avec le n° 9 est nommé médecin-chef à l'asile privé d'aliénés faisant fonctions d'asile public de Lommelet (Nord), en remplacement de M. le Docteur Pierre LELONG, décédé.

ASILES DE LA SEINE

Par arrêté du 13 septembre 1930, M. VITRY (Urbain), a été réintégré dans les fonctions de directeur administratif de l'asile clinique Ste-Anne, en remplacement de M. Reyrel, dont la démission est acceptée.

Par arrêté en date du 19 septembre 1930, M. HEDIN, percepteur, a été nommé directeur administratif de l'asile clinique Ste-Anne (Seine), en remplacement de M. Vitry, relevé de ses fonctions, sur sa demande.

Par arrêté en date du 19 septembre 1930, M. le docteur CAZALS, ancien sénateur, a été nommé directeur administratif de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, en remplacement de M. Veber, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

VACANCES DE POSTES

Un poste de médecin-chef de service est vacant à l'asile privé d'aliénés faisant fonctions d'asile public de la Cellette (Corrèze), par suite du décès de M. Louradour.

Le poste de médecin-chef de l'asile privé faisant fonctions d'asile public d'aliénés de Régard (Côtes-du-Nord), est vacant par suite du départ de M. le Docteur Le Cuziat (*Journal Officiel*, 10 octobre 1930).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

M. RISER (Marcel), agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à compter du 1^{er} octobre 1930, professeur de neurologie et de psychiatrie à ladite Faculté. (Chaire vacante : M. Cestan, dernier titulaire).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Le Docteur Jacques HAMEL, médecin-chef à l'asile d'aliénés de Maréville, est chargé du cours de médecine mentale, à la Faculté de Médecine de Nancy.

ASILE D'ALIÉNÉS DU MAROC

La construction des bâtiments du centre de psychiatrie de Ber-Rechid se poursuit.

La première tranche de travaux qui comportait le logement du médecin-chef du centre et le gros-œuvre d'un pavillon pour aliénés (femmes européennes), est terminée. Les travaux de la deuxième tranche seront entrepris en 1930.

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

(Modification aux statuts)

Réunie à Lille, le 23 juillet 1930, l'Assemblée générale du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a été amenée, par le succès des sessions annuelles et la prospérité du Congrès, à modifier son statut légal.

Par un vote unanime, émis sur la proposition du Comité permanent, elle a décidé la formation d'une Association qui continuera à s'appeler « Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française » et qui organisera comme par le passé les sessions annuelles du Congrès.

La constitution d'une Association permanente ne permettra pas seulement d'assurer la continuité, le succès de l'œuvre entreprise, et la possibilité d'établir un budget annuel. Elle permettra aussi de demander pour le Congrès la reconnaissance d'utilité publique. Entre autres avantages, cette reconnaissance d'utilité publique facilitera l'obtention de subventions officielles et autorisera l'ouverture sous le nom de l'Association d'un compte en banque mettant à l'abri la caisse de réserve du Congrès.

En effet, la caisse de réserve du Congrès ne peut actuellement être déposée en banque que sous le nom personnel du secrétaire-trésorier permanent. Les inconvénients de cette situation sont multiples. En cas de décès du trésorier, toutes les précautions qui ont pu être prises risqueraient d'être insuffisantes contre les prétentions du fisc. Ce danger croît avec la prospérité du Congrès. M. René Charpentier, secrétaire-trésorier permanent du Congrès, a signalé, à l'Assemblée générale, que l'actif en réserve qui était de 14.000 fr. environ lorsqu'il le reçut en dépôt de son prédécesseur, au mois d'août 1920, est actuellement (juillet 1930) d'environ

165.000 fr. Aussi le Comité permanent a-t-il proposé la transformation du statut du Congrès, transformation indispensable à une demande de reconnaissance d'utilité publique. Une fois cette reconnaissance obtenue, ce qui ne paraît pas douteux, un trésorier sera désigné qui pourra obtenir l'ouverture d'un compte en banque au nom de l'Association, et non plus seulement en son nom personnel, comme actuellement.

Cette transformation n'entrainera d'ailleurs que peu de modifications. La nouvelle association continuera à organiser comme par le passé les sessions annuelles du Congrès.

Cependant, pour obtenir la reconnaissance d'utilité publique, un modèle de statuts est imposé par le Conseil d'Etat. Une Commission a été désignée par l'Assemblée générale pour mettre en harmonie le règlement du Congrès et les nouveaux statuts imposés. Cette Commission est composée de M. Pactet, président de la 35^e session, M. René Charpentier, secrétaire permanent, de MM. Henry Meige et René Semelaigne, anciens secrétaires permanents.

Le Conseil d'administration de la nouvelle Association sera formé des membres du Comité permanent du Congrès.

Quelques nouvelles dispositions ont été votées pour mettre l'organisation du Congrès en accord avec les statuts imposés, assurer l'unité du Secrétariat, prévoir la nomination d'un trésorier choisi parmi les membres du Conseil d'administration et fixer le taux des cotisations.

Il a été décidé d'appliquer le coefficient 5 aux chiffres des cotisations d'avant-guerre. Le Congrès comportera désormais des membres titulaires de l'Association pour lesquels la cotisation a été fixée à 75 fr. De plus, pour conserver le caractère antérieur de ces réunions, à chaque session pourront s'inscrire des membres adhérents dont la cotisation a été fixée à 80 fr. et des membres associés dont la cotisation sera de 50 fr. Ces dispositions seront applicables à partir du 1^{er} janvier 1931.

Toutefois, comme la demande de reconnaissance d'utilité publique doit être accompagnée de la liste des membres titulaires de l'Association, *ceux de nos collègues (docteurs en médecine), qui désirent être membres titulaires du Congrès, sont priés de s'inscrire dès à présent (sans envoyer leur cotisation) auprès du secrétaire permanent : Docteur René Charpentier, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine), en donnant très lisiblement l'indication précise de leurs nom, prénoms et adresse.*

Les cotisations seront recueillies en 1931 par le trésorier qui sera ultérieurement désigné.

XVI^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE

Le XVI^e Congrès de Médecine légale de langue française se tiendra à Paris les 25, 26 et 27 mai 1931. Il comprendra, entre autres, un rapport de M. LÉVY-VALENSI, sur *les crimes passionnels*.

LES ALIÉNÉS ÉTRANGERS EN FRANCE

Dans le rapport annuel sur le fonctionnement des asiles de la Seine, le docteur A. Marie, médecin-chef de l'asile clinique de Ste-Anne, signale l'envahissement des services hospitaliers par les étrangers.

La proportion dominante des aliénés étrangers (10 0/0) surtout Belges, Italiens et Polonais, mais aussi Russes, Suisses et Orientaux, signale le rapporteur, reste alarmante par sa persistance, d'autant plus qu'il s'agit généralement d'étrangers peu curables.

Préoccupé de ces problèmes, le docteur Marie a établi les statistiques des entrées d'étrangers aliénés dans les services des asiles depuis 1924. En deux ans et demi, deux milliers et demi d'aliénés étrangers appartenant à trente-six nationalités différentes de toutes les parties du monde ont été internés à Paris.

La majeure partie est constituée par des aliénés chroniques, incapables de s'exprimer en français. Beaucoup sont visiblement expédiés tels de l'étranger en France, où ils tombent aussitôt à notre charge et la plupart définitivement.

A 30 fr. par jour, prix de journée de l'Asile Clinique (Ste-Anne), c'est 60.000 fr. par jour à la charge du contribuable parisien et de la France. Comme la moyenne de leur âge est de 27 ans, et la probabilité de leur survie de 30 ans, c'est plus de cent millions que nous avons à payer de ce fait, même si les évacuations en province peuvent réduire la charge.

Ces faits ont d'ailleurs précédemment amené MM. Achard et Léon Bernard à faire adopter par l'Académie de Médecine un vœu réclamant l'organisation d'un contrôle sanitaire de l'immigration, car les traités de réciprocité en matière d'assistance ne sauraient suffire à alléger ni à prévenir un tel danger. D'autre part, M. Justin Godart avait proposé en 1926, dans un quotidien, l'établissement d'une taxe sur les étrangers pour pourvoir en partie à cette assistance.

Filtrer les étrangers qui viennent en France, ce n'est pas mentir à nos traditions d'hospitalité. C'est empêcher la France d'être exploitée tout en risquant d'être atteinte dans ses œuvres vives, dans le domaine de l'intelligence et dans celui des forces physiques.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 41.390

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

Chronique

*La fusion des Sociétés psychiatriques
 parisiennes*



Sans doute sera-t-on surpris d'apprendre qu'il ait fallu tant de temps à de bons esprits pour reconnaître que la coexistence de trois Sociétés psychiatriques à Paris fut une erreur. Dans sa vingt-troisième année, cette erreur est aujourd'hui réparée.

Assurément les trois Sociétés psychiatriques parisiennes avaient entre elles quelques différences d'orientation, différences bien plus apparentes que réelles si l'on veut prendre la peine de consulter leurs comptes rendus, différences injustifiées si elles servaient à compartimenter des points de vue qui ne pouvaient que gagner à s'affronter.

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Novembre 1930. 1. 18

Ceux d'entre nous, et ils sont nombreux, qui étaient membres des trois Sociétés ne pouvaient passer de l'une à l'autre sans penser à d'autres scènes où des défilés interminables sont faits des mêmes figurants passant inlassablement du côté Cour au côté jardin.

A cette différence que sur la scène psychiatrique les figurants finissaient par se lasser de défiler et que leur nombre eût fini par diminuer parallèlement à l'augmentation du nombre des réunions.

Pourtant, l'esprit de sociabilité est remarquablement développé chez les psychiatres français. Sitôt que les hommes sont en société, écrit Montesquieu dans *L'Esprit des Lois*, ils perdent le sentiment de leur faiblesse. On peut juger de l'impéritosité de ce besoin par le nombre des Sociétés auxquelles sont inscrits un très grand nombre d'entre nous. Citons au hasard :

la Société Médico-psychologique,
 la Société Clinique de Médecine Mentale,
 la Société de Psychiatrie de Paris,
 le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,
 l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France,
 la Société médicale des Asiles de la Seine,
 l'Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France,
 l'Association Amicale des internes et anciens internes des Asiles du département de la Seine,
 l'Association des internes en exercice des Asiles de la Seine,
 sans oublier d'autres Sociétés dont font partie également beaucoup de psychiatres telles que :

la Société de Neurologie de Paris,
la Société française de Psychologie,
la Société de Médecine légale de France, etc.

J'en oublie certainement... et je suis certain qu'on m'excusera, la douzaine étant complète.

De ces Sociétés, trois étaient consacrées à la psychiatrie, qu'il s'agisse de psychologie pathologique, de psychiatrie clinique, de neuro-psychiatrie, de bio-psychiatrie ou de psychiatrie médico-légale. Leur coexistence était un paradoxe, en même temps qu'une gêne, une perte de temps, une dispersion de la publication des travaux, une diminution de la diffusion des résultats obtenus.

La solution était simple. De ces trois Sociétés, deux étaient nées il y a vingt-deux ans beaucoup plus de rivalités individuelles que de besoins scientifiques vrais. Pouvaient-elles survivre à des causes passagères ? La troisième, la doyenne, ne pouvait abdiquer un passé de plus de 80 ans, mais était toute disposée à accueillir dans son sein les éléments des deux autres Sociétés dont l'ancienneté ou l'activité pouvaient contribuer à lui infuser une vie nouvelle et à augmenter son rayonnement.

Cela ne se fit pas sans quelques résistances, sans des craintes qui pouvaient paraître légitimes, sans des regrets désintéressés devant lesquels il convient de s'incliner, sans des sacrifices d'amour-propre qui méritent notre reconnaissance. Mais, cela se fit. Et ce qui paraissait il y a quelques années d'une réalisation impossible est aujourd'hui accompli, grâce au sacrifice de quelques-uns et à la bonne volonté de tous.

On trouvera dans ce numéro le compte rendu de l'Assemblée générale tenue lors de la séance de

novembre de la Société médico-psychologique et le texte du projet de fusion tel qu'il a été voté par les trois Sociétés.

Les points essentiels sont :

1° La disparition simultanée de la Société Clinique de Médecine mentale et de la Société de Psychiatrie de Paris. Ces deux Sociétés, l'une à l'unanimité, l'autre à l'unanimité moins deux voix, ont voté leur dissolution à la date du 31 décembre 1930. Elles tiendront, l'une et l'autre, leur dernière séance au mois de décembre.

2° L'absorption à des titres divers par la Société médico-psychologique, de tous les membres des deux autres Sociétés qui le désireront. D'ailleurs, beaucoup de ces membres en font déjà partie comme membres honoraires, membres titulaires, membres correspondants nationaux ou membres associés étrangers.

Le passé de la Société médico-psychologique, sa longévité et son activité, l'ancienneté et la diffusion de son *Bulletin*, sa situation financière solidement établie offraient aux deux autres Sociétés, avec toutes les garanties souhaitables pour l'exposé et la publication de leurs travaux, la sécurité de l'avenir.

Les *Annales Médico-Psychologiques* qui publient les comptes rendus de la Société Médico-psychologique — et qui lui appartiennent en partie — vont entrer dans leur 89^e année.

3° La mise au point des statuts et du règlement de la Société dont le nombre des membres titulaires est porté de 50 à 70, les membres des autres catégories restant en nombre illimité. De plus, à la séance mensuelle qui continuera à se tenir rue de Seine, sera adjointe, en dehors des périodes de vacances,

une seconde séance qui se tiendra dans un centre hospitalier ou dans un laboratoire, de siège d'ailleurs variable, de Paris ou du département de la Seine pour permettre aux membres de la Société de présenter des malades, des appareils, des expériences difficilement transportables au siège habituel de la Société, 12, rue de Seine.

Les *Annales Médico-Psychologiques* devront désormais publier tous les travaux qui constituaient jusqu'ici la matière des *Bulletins* des trois Sociétés. C'est dire que la Revue devra elle-même être modifiée, augmentée, adaptée aux circonstances présentes, à des besoins nouveaux. Le Comité de Rédaction est unanime à désirer ces modifications qui devront être mises au point dès la désignation du rédacteur en chef qui aura la lourde charge de succéder au regretté Docteur Henri Colin. Il est souhaitable que le numéro de janvier 1931 qui publiera les premières séances de la Société médico-psychologique ainsi modifiée puisse paraître suivant une nouvelle formule. La bonne volonté de tous y pourvoira comme elle a permis au signataire de ces lignes de faire paraître en un temps restreint, depuis qu'il en fut chargé, le 8 novembre dernier, par le Comité de Rédaction, les numéros de cette revue dont la maladie, puis la mort du Dr Henri Colin avaient arrêté la publication au numéro d'avril 1930.

C'est la même bonne volonté qui a permis de résoudre la délicate question du choix des membres titulaires pris dans les autres Sociétés pour compléter à 70, et à 70 seulement, le nombre des membres titulaires de la Société Médico-psychologique.

Pourquoi ce chiffre de 70 qui surprend un peu ? A dire toute ma pensée, ce n'est certes pas là une

des dispositions les plus heureuses du projet adopté. J'ai fait moi-même à la Commission des propositions qui me paraissaient plus souples. Elles n'ont pas été adoptées. Il eût, je crois, été possible d'accorder plus de satisfactions présentes tout en réservant l'avenir. Mais le projet définitivement voté aujourd'hui est un compromis. Il ne pouvait réussir qu'avec la bonne volonté de chacun et, comme tout compromis, comportait des sacrifices.

Beaucoup de nos jeunes collègues qui ne pourront accéder d'emblée au titulariat ont spontanément déclaré qu'ils sauraient, comme leurs ainés l'ont fait, attendre patiemment, en qualité de correspondants nationaux, leur tour, qui ne saurait tarder, de devenir membres titulaires. Et l'important est de constater que tous les membres des trois Sociétés, sur simple demande de leur part dans les délais indiqués, feront partie de la Société Médico-psychologique ainsi rajeunie et participeront à son activité scientifique dans l'excellent esprit de collaboration que démontre l'adoption quasi-unanime du projet de fusion que l'on trouvera plus loin (1).

Enfin, dans la séance du lundi 22 décembre, la Société Médico-psychologique, à laquelle, conformément au projet (III, 2°), un certain nombre de nouveaux membres ont été élus à la séance de novembre, procédera à l'élection du Bureau pour 1931.

L'élection aux places de membres titulaires encore vacantes aura lieu à la séance de janvier 1931 sur des listes de présentation établies avant leur disparition par les deux Sociétés dissoutes.

Ainsi prend fin, par une solution de bon sens à

(1) Page 314.

laquelle tous ont bien voulu collaborer dans le meilleur esprit d'union, une situation dont la prolongation paraissait à beaucoup regrettable.

La Société Médico-psychologique saura s'adapter à cette situation nouvelle. Sans rien renier de son glorieux passé, elle y puisera des enseignements qu'elle saura adapter aux nécessités présentes. Elle se souviendra certainement qu'elle a su naguère être le terrain favori de batailles d'idées génératrices de résultats féconds. Comme dans le passé, d'importants problèmes sont actuellement posés tant sur le plan théorique que sur le plan pratique. Contrairement aux combats où le choc des armes ne laisse derrière lui que misère et que ruine, les luttes où s'affrontent les théories médicales se terminent par une victoire profitable à tous.

Les *Annales médico-psychologiques*, seul bulletin, désormais, des séances consacrées, à Paris, à la psychiatrie, reçoivent un lourd héritage. Avec l'aide de tous les membres de la Société médico-psychologique, aide qui ne saurait leur manquer, elles s'appliqueront à satisfaire à ces nouveaux devoirs et sauront s'adapter à la situation nouvelle créée par la fusion, enfin réalisée, des Sociétés psychiatriques parisiennes.

René CHARPENTIER.

LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION

HYPOSTHÉNIQUE (1)

DÉLIRE DE SUPPOSITION

Par J. CAPGRAS

Assemblage d'erreurs de jugement nombreuses, d'interprétations proliférantes, exogènes ou endogènes, le délire d'interprétation a pour substratum une constitution spéciale dont il n'est que l'hypertrophie et que l'on désigne habituellement sous le nom de constitution paranoïaque laquelle, comme l'a récemment schématisé Genil Perrin, est caractérisée par l'orgueil, la méfiance, la fausseté de jugement, l'inadaptabilité sociale. De ces éléments caractéristiques on retient surtout le dernier auquel on tend de plus en plus à donner le sens d'agressivité, de combativité, de lutte acharnée contre la société si bien que le mot paranoïaque, hermétique autrefois, se vulgarise maintenant et devient synonyme de persécuté-perséuteur, de revendicateur. Tendance regrettable et qui risque de fausser encore la terminologie psychiatrique.

L'interprétateur, en effet, n'est pas toujours un paranoïaque au sens actuel du mot. Psychose constitutionnelle et, par suite, psychose essentiellement affective, expression d'un caractère le plus souvent complexe, le délire d'interprétation, comme toutes les psychoses affectives, peut germer chez un hypersthénique ou chez un hyposthénique. Le premier seul est un perséuteur, un imaginatif aussi, qui élabore des romans compliqués, et soutient obstinément des prétentions ambitieuses. Le

(1) Conférence faite à l'Institut de Psychiatrie (amphithéâtre Magnan de l'hôpital Henri Rousselle) et remaniée.

second, tout en étant, également, un interprétateur au premier chef, n'est pas du tout un revendicateur : loin de poursuivre les autres il préfère s'accuser lui-même ; il réagit par le suicide plus que par le meurtre.

C'est de ce persécuté mélancolique que je voudrais aujourd'hui compléter la description. Nous l'avons déjà signalé, Sérieux et moi, comme une variété de délire d'interprétation sous le nom de délire de supposition parce qu'il s'exprime par des soupçons, des hypothèses, et non par des affirmations. J'ai repris son étude, il y a quelques années, avec Xavier Abély et, par comparaison avec l'obsession interrogative dont il se rapproche par certains côtés, nous l'avons alors appelé délire interrogatif. Il procède en effet surtout par interrogations délirantes plus que par interprétations précises, et il n'aboutit pas à la conviction : c'est le délire des hyper-émotifs, des inquiets, des douteurs, des asthéniques.

Les éléments de ce délire de supposition ont été aperçus depuis longtemps, mais ils ont tous été rapportés à la mélancolie. On sait combien était compréhensive la vieille lypémanie d'Esquirol que l'on a scindée en mélancolie proprement dite et en délire de persécution. Le délire mélancolique reste cependant mal défini encore. Pour être vraiment autonome il ne devrait contenir que des équivalents d'accès périodiques de psychose maniaque dépressive ; mais en réalité sous cette même épithète on groupe d'autres formes disparates, liées, soit à l'hébephénie, soit à l'involution sénile, soit même à certaines encéphalopathies toxiques ou infectieuses.

De cette mélancolie hétérogène, il convient d'extraire, entre autres psychoses, le délire de supposition pour le rattacher au délire d'interprétation. Lasègue qui, le premier, sépara le délire de persécution de la lypémanie, Lasègue a remarquablement analysé, dès 1881, dans son mémoire sur la mélancolie perplexe, les caractères de ces douteurs délirants. Il a noté l'indécision anxieuse « qui ne laisse pas de repos, qui accumule confusément les incertitudes et les angoisses ». Il montre ces malades « condamnés à une perpétuelle oscillation entre le pour et le contre, à des délibérations vagues, constamment renouvelées, à ces élaborations heurtées, contradictoires

274 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

d'une idée qui, par son point de départ, tient à une donnée positive et qui de là se perd dans d'insaisissables à peu près ».

Plus tard, on appela persécuté mélancolique, tout psychopathe présentant à la fois des idées de persécution et des idées de culpabilité et de suicide. C'est le persécuté auto-accusateur de Séglas ; ce sont encore certaines variétés de délires systématisés secondaires d'Anglade. Magnan distinguait déjà de la mélancolie simple ces formes atypiques et les classait dans la dégénérescence mentale. Régis et Lalanne en font une psychose mixte « faite à la fois de psychose généralisée et de psychose systématisée », une psychose combinée, précisera Masselon, association de paranoïa et de psychose maniaque dépressive ; conception intéressante, certes, mais qui risque de conduire avec Specht, à la fusion de la paranoïa et de la psychose périodique, alors que ces deux maladies se différencient nettement.

Cette différenciation, Arnaud l'affirma en 1908 au Congrès de Genève, dans sa description du délire psychasthénique. « Si ces malades, dit-il, présentent les idées d'auto-accusation et de suicide des mélancoliques, ils n'en ont pas l'état général. Leur délire n'a ni la même fixité, ni la même monotonie ; leur activité d'esprit s'oppose à la gêne des opérations mentales du mélancolique... On y retrouve, par contre, cette débauche de raisonnement, ce besoin de pousser toujours plus loin une idée ou une appréhension angoissante cette manie de logique, commune à tous les psychasthéniques », et, pourrait-on ajouter, à tous les interprétateurs.

Ces malades sont des persécutés inquiets. Devaux et Logre l'ont indiqué dans leur livre sur les anxieux, la méfiance, qui figure à l'origine des idées de persécution, renfermant certains éléments d'attente pénible et d'insécurité, de doute et de suspicion. Ils ont noté chez des émotifs, plutôt qu'un délire de persécution ou de grandeur, un délire d'importunité, d'intervention étrangère qui s'observe en effet souvent dans le délire de supposition : on lui veut peut-être du bien, dit le malade, mais on l'excède par des taquineries, des allusions, des conseils, des conversations fatigantes.

Sous le nom de paranoïa abortive, de paranoïa rudimentaire, Friedmann d'abord, Gaupp ensuite ont décrit des formes asthéniques opposées aux formes quérulantes, apparaissant le plus souvent chez les vieilles filles et caractérisées par la prolifération abondante d'interprétations pendant deux ou trois ans, puis par un apaisement complet sans rectification des idées délirantes. Plus récemment, Kretschmer a repris des observations analogues et les a réunies sous le nom de *Sensitiver Beziehungswahn* que l'on peut traduire délire d'interprétation sensitif. « Ces malades, dit Kretschmer, sont doux, timides, très impressionnables, faibles, et, d'autre part, ils font preuve d'entêtement et d'ambition ; très intelligents, scrupuleux, sans défense devant les difficultés de la vie, ils se complaisent dans une auto-observation de tous les instants. Leur psychisme est pour ainsi dire déchiré par des tendances contradictoires : à la fois fiers d'eux-mêmes et désemparés, modestes et orgueilleux, faibles et d'un rendement professionnel supérieur, épris de vie intérieure et en même temps enclins à s'épancher. »

**

Tous ces persécutés émotifs décrits sous des étiquettes diverses sont avant tout des interprétateurs. Leur délire, dépourvu de tout élément hallucinatoire proprement dit, repose exclusivement sur des erreurs de jugement à propos d'incidents futiles, de coïncidences banales, d'événements fortuits ou bien de lectures incomprises, de conversations déformées, de mots ou de gestes symbolisés. Comme tous les interprétateurs ils croient qu'on les regarde de travers, qu'on les dévisage, qu'on les nargue, qu'on les méprise ; on leur parle par sous-entendus, par allusions, par jeux de mots ; dans les journaux, dans les annonces, dans les affiches ils découvrent des insinuations blessantes ou de secrets outrages ; bref, aux moindres faits ils attribuent une signification personnelle. C'est là le caractère égocentrique essentiel du délire d'interprétation sur lequel il serait superflu d'insister. Par contre il importe de souligner quelques signes qui donnent au délire de supposition son originalité.

276 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

Le plus apparent de ces symptômes, celui qui frappe le plus le sujet, c'est l'impression de mystère et d'obscurité qu'il éprouve. Signalé par Revault d'Allones dans plusieurs psychoses, ce sentiment de mystère n'est nulle autre part aussi constant, aussi profond. Contrairement à la forme hypersthénique du délire d'interprétation où brille la clarté de l'évidence, tout n'est ici que ténèbres, tout semble singulier, bizarre, étonnant, énigmatique, équivoque, incompréhensible. Tout est drôle pour ces malades : on les regarde d'une drôle de façon, on leur pose de drôles de questions, ils voient, ils entendent et il leur arrive de drôles de choses. A leur sens rien de naturel, point de hasard, point de coïncidences, mais partout comédies préparées, mystifications arrangées pour les troubler, les induire en erreur, les faire tomber dans un piège. Ils méconnaissent ou dénaturent les persécutions, même réelles, qu'ils subissent. Ce mystère effroyable, Jean-Jacques Rousseau ne cesse de s'en plaindre dans toute sa correspondance. Nous avons étudié, Sérieux et moi, son délire dans notre livre sur les folies raisonnantes (1910). J'en reproduirai néanmoins quelques extraits caractéristiques, car je ne trouverais pas plus magnifique exemple de délire de supposition.

Depuis le 9 février 1770, Jean-Jacques Rousseau commence la plupart de ses lettres par ce quatrain :

*Pauvres aveugles que nous sommes !
Ciel démasque les imposteurs,...
Et force leurs barbares cœurs
A s'ouvrir aux regards des hommes.*

Enlacé de sourdes trames, dont il sent l'effet sans parvenir à les démêler, après mille efforts inutiles pour expliquer ce qui lui arrive dans toutes les suppositions, il ne peut percer le sombre voile du complot inouï dont il est enveloppé. Livré à la haine publique sans pouvoir en conjecturer au moins la cause, environné des plus noires ténèbres à travers lesquelles il n'aperçoit que de sinistres objets, il découvre dans le langage de ses connaissances un ton bizarre, des tournures singulières, une affectation de réserve, d'équivoque et d'obscurité ; il entend rabattre à ses oreilles des propos mystérieux ; le labyrinthe obscur du cœur des hommes lui devient impénétrable ; sa tête s'affecte

de tant d'effrayants mystères dont on s'efforce d'augmenter l'horreur par l'obscurité. « Quoique ma pénétration naturellement très mousse, écrit-il, mais aiguisée, à force de s'exercer dans les ténèbres, me fasse deviner assez juste des multitudes de choses qu'on s'applique à me cacher, ce noir mystère est encore enveloppé pour moi d'un voile impénétrable. J'ai vu Grimm et Diderot commencer, il y a plus de dix-huit ans, des menées auxquelles je ne comprenais rien, mais que je voyais certainement couvrir quelque mystère... A quoi ont abouti ces menées. Autre énigme non moins obscure... Pour parler de ma destinée, note-t-il ailleurs, il faudrait un vocabulaire tout nouveau qui n'eût été composé que pour moi » et il découvre le mot « hyperbolique ».

Au sentiment de mystère, d'étrangeté, d'embrouillage s'ajoute en effet celui de phénomène extraordinaire, inouï, unique, surnaturel même. Fruits de la méfiance et de l'orgueil paranoïaque, ces derniers sentiments aggravent encore les anomalies primitives et donnent l'impression de vivre dans un mode irréel créé par l'imagination. Amiel, ce maître écrivain dont l'inquiétude maladive et les méditations quotidiennes nous ont valu *le Journal intime*, ce paranoïaque asthénique, incapable de forger un système délirant et qui, comme l'a remarqué Albert Thibaudet, haïssait surtout « cet ennemi particulier des faibles et des renfermés qu'est le pronom *on* », Amiel a dit : tout paysage est un état d'âme et en effet ces interprétateurs hyperémotifs ne voient dans les choses que ce qu'y projette leur esprit et leur humeur.

« Je vis dans l'illogisme et dans la perplexité, écrit une femme. Je bataille dans l'irréel, je passe mes nuits à chercher la clef du mystère. C'est une sarabande dans ma tête, un tourbillon dans ma pensée ; on dirait un Kaléidoscope. *Il me semble que tout ce que je pense se réfléchit dans tout ce qui se passe.* Tout ce qui se passe ici n'est pas naturel. C'est singulier. Je me demande si je suis dans la vie vraie. »

Ce sentiment d'étrangeté ne résulte pourtant pas d'un état d'obnubilation ou de rêve, d'un trouble primitif des perceptions, d'une perte de la vision mentale comme dans la confusion ou la mélancolie. Il ne s'accompagne

pas souvent de fausses reconnaissances. Il est simplement le reflet de l'état fondamental de doute, d'hésitation, d'incertitude, de perplexité, de recherche incessante. Ce délire est constitué par des doutes délirants, selon l'expression de Tanzi : un fait incroyable apparaît comme possible seulement, il n'apparaît jamais comme certain. Les douteurs délirants n'émettent donc que des hypothèses, des suppositions ; ils ne dépassent que rarement la période du soupçon. Quelquefois cependant ils découvrent l'énigme qui les oppresse et construisent vite un délire qui se tient, mais tôt ou tard un nouveau doute démolit tout ou partie de l'édifice hâtivement bâti. Ainsi fit Jean-Jacques Rousseau après s'être cru persécuté par les Jésuites. « Il est étonnant, écrit-il, quelle foule de faits et de circonstances vint dans mon esprit se calquer sur cette folie et lui donner un air de vraisemblance, que dis-je ? et m'y montrer l'évidence et la démonstration... Je ne voyais partout que les Jésuites... » Ces illuminations fugitives épaisissent ensuite les ténèbres.

Cette incertitude perpétuelle n'empêche pas les raisonnements subtils, les déductions habiles ; elle s'associe à une manie de logique, selon l'expression d'Arnaud, qui se retrouve ici autant et plus peut-être que dans le délire d'interprétation hypersthénique. Mais, point capital, les syllogismes de l'asthénique ne s'expriment que sous forme interrogative ou dubitative. Leurs idées successives ne se lient pas entre elles. Leurs raisonnements avortent ; ils ignorent la dialectique serrée des grands interprétateurs. Veut-on les obliger à nouer ce lien qui manque, ils se dérobent ou déclarent : je ne sais pas, je n'y comprends rien. « Pourquoi ceci, pourquoi cela ? répètent-ils. Qu'est-ce qui se passe ? » Ils emploient souvent les mots : sans doute, peut-être, j'ignore, je crains, je tremble, je conjecture, je soupçonne, je me creuse la tête. Ils parlent d'énigmes, d'embrouillamini, de truquage, de mêli-mêlo. De quoi m'accuse-t-on, dit l'un, que me veut-on, que cette comédie finisse, on me fait tourner en bourrique. Quel est donc ce secret, dit un autre, qu'on s'explique, je n'y comprends rien, sinon que tout cela cache quelque chose. Je fais un tas de

suppositions, toutes les hypothèses possibles et imaginables. J'en ai assez de tous ces bateaux, de toutes ces histoires. C'est affolant.

Le besoin de clarté et de certitude qui assaille tous ces inquiets et commande leurs interprétations, s'exaspère chez ceux d'entre eux — et ils sont nombreux, — qui, scrupuleux, minutieux, méticuleux, ont un souci de précision pour les moindres détails. Rien de futile à leurs yeux, rien de négligeable ; ils regardent tout à la loupe. Une virgule déplacée, une lettre mal formée, un paraphe quelque peu changé, un rien prend une valeur capitale, éveille les soupçons. Pour un point oublié sur un i une mère hésite à reconnaître l'écriture de son fils. Et dès lors se multiplient les interrogations, les questionnaires numérotés, les demandes de renseignements. Et ces questionnaires exigent des réponses précises. Un mot vague, une phrase évasive, une expression impropre les déçoit et les irrite. Oublie-t-on un détail, change-t-on un des termes qu'ils ont employé et qui paraissait insignifiant, ils s'en offensent et l'interlocuteur perd entièrement la confiance qu'ils lui accordaient.

Mieux vaut, pour plaire à ces douteurs, affirmer catégoriquement une erreur qu'émettre mollement une vérité ou laisser percer une indécision. Comme les obsédés, en effet, ils sollicitent non pas une explication qui les satisfasse — c'est chose à peu près impossible — mais une fermeté qui les tonifie. Pour les persuader rien ne sert d'agir sur leur intelligence, il faut atteindre leur sensibilité. Le raisonnement le plus habile les déçoit s'il manque de vigueur. Quand une énergie assez forte se substitue à leur volonté défaillante, l'inquiétude s'apaise et les questions s'interrompent. Pendant quelque temps ils oublient leurs tourments habituels.

Mais ce besoin de clarté, cet appel aux lumières d'autrui a de telles exigences qu'on parvient difficilement à le soulager. A peine une réponse précise ou pleine d'assurance paraît-elle acceptée que bientôt surgit une objection ou une nouvelle question à propos d'une futilité. Ces interrogateurs, en effet, loin d'avoir une obnubilation qui se dissiperaient peu à peu, gardent une

lucidité et une attention toujours à l'affût. Cette vigilance, fille de leur inquiétude ombrageuse, parfois s'accompagne d'une excitation intellectuelle qui aiguise leur pénétration naturelle, active leurs associations d'idées, stimule la mémoire, éveille les réminiscences. Alors se développe une hypermnésie qui suscite des évocations intempestives et troublantes, provoque mille hésitations, étonne et empêche d'y voir clair.

« Je m'interroge à propos de tout ce que je vois, dit une femme de 39 ans et tout ce que je vois me semble étrange, tout ce que je vois me rappelle des souvenirs. On dirait que tout est fait pour me frapper et ce n'est pourtant pas vrai. Je trouve tout extraordinaire et tout est naturel. Cela me poursuit depuis trois ans. C'est comme si j'avais des ennemis autour de moi. On dirait qu'on cherche à me faire du mal... Je ne peux pas voir des roses, ça me rend malade, parce qu'après mon divorce j'avais dit que je serais heureuse et que je marcherais sur un lit de roses. Ensuite, partout où j'allais, je voyais des roses ; encore ici, une jeune femme avait un peignoir avec des roses ; une infirmière avait des roses sur son chapeau. Tout cela m'énerve, me rend folle. Tout ce que je vois en double ou plusieurs fois m'horripile et me rappelle des choses que j'ai vues depuis trois ans. Quantité de gestes me rappellent ceux que j'ai faits. Je trouve drôle qu'une personne ait une boîte de cacao comme moi. Pourquoi ? Une infirmière passe avec un bidon de pétrole : je me rappelle qu'il y a un an j'allais chercher du pétrole. Qu'est-ce que ça peut faire ?... Pourquoi toutes ces ressemblances... C'est affolant... Mes enfants m'écrivent des lettres auxquelles je ne comprends rien ; leur écriture m'en rappelle une autre que j'ai vue je ne sais où. Les journaux parlent de moi. C'est fantastique... » Et désespérée de ne pouvoir résoudre toutes ces énigmes, un jour, cette femme se suicida.

Dans d'autres cas, au contraire, et principalement chez les préséniles, à la place de l'hypermnésie c'est la dysmnésie, l'effacement des images mentales qui suscitent le doute et l'interrogation.

Une persécutée mélancolique de 48 ans, après avoir été obsédée par des doutes sur de menus faits de sa vie passée, se demande si elle est bien mariée : « Pourquoi, dit-elle,

est-ce que je ne me souviens plus de la cérémonie à la mairie et à l'église ? Il me semble avoir entendu dire que le jour de mon mariage, il y avait un enterrement ; on ne se marie pas à l'église un pareil jour. » Plus tard, elle se demande si l'on n'aurait pas célébré deux mariages à la fois ; elle aurait pu confondre d'autant mieux qu'elle connaissait à peine son fiancé ; n'y aurait-il pas un homme qui se fait passer pour son mari et qui la poursuit ? Un jour, en effet, elle a croisé par hasard son mari au bois de Boulogne : surpris tous deux, ils causent un instant, puis se séparent. Cet homme était-il son mari ? Dès lors, ne l'a-t-elle pas trompé avec un individu qui lui ressemblait ? Des suppositions analogues la poussent à se demander si ses enfants n'ont pas été changés en nourrice.

De l'incertitude naît la crainte qui noircit l'avenir. Les grands anxieux, on le sait, ont un délire d'attente effroyable : ils clament la peur des châtiments, l'horreur des tortures, la hantise de la guillotine, ils flétrissent sous l'épouvante de l'enfer. L'interrogateur n'a pas de pareilles crises, mais il se plaint à prédire, à supposer tous les maux qui vont l'assaillir. Contrairement à d'autres persécutés qui, eux, vivant surtout dans le passé, interprètent des souvenirs déformés et fabriquent un délire rétrospectif, lui, vit davantage dans le futur et souvent ébauche un délire d'anticipation qu'une série d'interprétations ultérieures finit par réaliser. Ce délire d'anticipation, Jean-Jacques Rousseau nous en fournit un bel échantillon dans la lettre à Saint-Germain où il annonce les malheurs qui l'accableront plus tard.

« Pour me forcer de boire la coupe amère de l'ignominie, écrit-il, on aura soin de la faire circuler sans cesse autour de moi dans l'obscurité, de la faire dégoutter, ruisseler sur ma tête, afin qu'elle m'abreuve, m'inonde, me suffoque, mais sans qu'aucun trait de lumière l'offre jamais à ma vue et me laisse discerner ce qu'elle contient. On me séquestrera du commerce des hommes, même en vivant avec eux ; tout sera pour moi secret, mystère et mensonge ; on me rendra étranger à la société, sans paraître m'en chasser ; on élèvera autour de moi un impénétrable édifice de ténèbres ; on m'ensevelira tout vivant dans un cercueil...

« Non, je ne serai point accusé, point arrêté, point jugé,

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Novembre 1930. 2. 19

282 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

point puni, en apparence ; mais on s'attachera, sans qu'il y paraisse, à me rendre la vie odieuse, insupportable, pire cent fois que la mort : on me fera garder à vue ; je ne ferai pas un pas sans être suivi ; on m'ôtera tous moyens de rien savoir et de ce qui me regarde et de ce qui ne me regarde pas ; les nouvelles publiques les plus indifférentes, les gazettes même me seront interdites ; on ne laissera courir mes lettres et paquets que pour ceux qui me trahissent, on coupera ma correspondance avec tout autre ; la réponse universelle à toutes mes questions sera toujours qu'on ne sait pas ; tout se taira dans toute assemblée à mon arrivée ; les femmes n'auront plus de langue, les barbiers seront discrets et silencieux ; je vivrai dans le sein de la nation la plus loquace comme chez un peuple de muets... »

L'hyperémotivité de ces inquiets, leur attente anxieuse peut provoquer, dans quelques cas, l'apparition d'un symptôme relativement rare, mais dont l'existence rend le diagnostic hésitant et fait craindre un début d'automatisme mental : ce symptôme inconstant c'est l'hallucination auditive ou plutôt la pseudo-hallucination. Pour Kretschmer, contrairement à mon opinion, ces pseudo-hallucinations seraient fréquentes dans la paranoïa sensitive. Leur pathogénie prête à discussion.

Que sont en effet ces hallucinations ?

Elles peuvent résulter d'une cause toxique surajoutée. J'ai connu un persécuté mélancolique qui, tout d'abord, avait voulu se suicider avec une maîtresse phthisique et qui, après la mort de celle-ci, se crut l'objet de médisances, de propositions malhonnêtes, de filatures inexplicables. En outre, il commit des excès de boisson, s'enivra un jour, tira des coups de revolver et fut condamné à un mois de prison. Sur son délire de supposition se greffa, au cours de sa détention, un délire hallucinatoire, d'origine alcoolique et pénitentiaire : il entendit des voix menaçantes, se sentit hypnotisé et brûlé aux rayons ultra-violets. Ce délire hallucinatoire guérit en quelques semaines ; seules persistèrent les idées de persécution et les velléités de suicide. En pareille circonstance, il n'existe véritablement aucun lien entre la psychose constitutionnelle et l'épisode toxique.

Plus caractéristique est l'hallucination, que l'on pourrait appeler psychogène, étroitement subordonnée

au processus interprétatif et hyperthymique. Tantôt l'émotion prolongée, la fatigue et l'inappétence qu'elle engendre, les modifications humorales qui l'accompagnent provoquent un léger état confusionnel. Tantôt c'est le seul excès d'attention et d'attention élective qui détermine soit une distraction, soit une auto-suggestion source d'illusions nombreuses comme on le voit dans certains délires passionnels interprétatifs et notamment dans le délire de jalouse. Le jaloux flaire le linge de son conjoint avec la crainte d'abord, la certitude ensuite, d'y trouver la preuve de son infortune et presque toujours il finit par sentir l'odeur révélatrice. Est-ce là une de ces hallucinations de l'odorat si fréquentes au début de l'automatisme mental ? Assurément non, c'est tout simplement une illusion. De même le persécuté inquiet : il croit que partout l'on parle de lui, il écoute les conversations, il les comprend mal car tout lui paraît drôle ; ces conversations il les perçoit comme un bruit confus et inarticulé où, des mots isolés, des phrases même surnagent avec une netteté particulière et troublante, et ces mots, ces phrases qu'il retient sont exclusivement ceux qui ont un rapport plus ou moins étroit avec ses préoccupations. Raconte-t-il ensuite le phénomène, il s'exprime comme un halluciné et lui-même parfois se demande s'il n'entend pas des voix, question que ne se pose jamais le véritable paraphrénique.

J'ai observé au Dispensaire de Prophylaxie mentale un bel exemple de ces pseudo-hallucinations ou plutôt de ces illusions auditives.

Un artiste de 44 ans, d'aspect présénile, scrupuleux et timide, se laisse séduire par une jeune fille de 16 ans, laquelle veut ensuite, croit-il, lui faire endosser une paternité d'ailleurs imaginaire. Il en est bouleversé. « Mon esprit, écrit-il plus tard, restait tendu à toutes sortes de conjectures. Je ne pouvais plus manger et j'avais une angoisse terrible depuis l'aventure. Le 12 décembre, je déjeune au restaurant habituel. J'entends trois jeunes gens parler de mon affaire. Très distinctement, ils disent : « La petite est enceinte, partie à Nice, la mère doit être malheureuse, si ce n'était pas un mutilé, je lui casserais la gueule, il faut le filer, etc... » J'étais affolé. Un camarade d'atelier me dit : change de restaurant. Le lendemain, je fus dans un autre, où

284 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

je n'avais jamais mangé. Je n'avais pas commencé à manger que trois femmes et un homme se mirent à converser sur mon affaire. et parmi leurs paroles, celles-ci : « Il croit que c'est fini, il n'a qu'à travailler le dimanche, c'est un vicieux, il a 44 ans. » Je rentrai à l'atelier très accablé et le soir, en prenant le métro, je vis des gens qui me suivaient. Une bande de jeunes gens disaient : « Il a qu'à dire s'il a des intentions pour elle. » Pour les semer, je pris des ruses de Peaux-Rouges. Pendant une heure, je fus suivi. Je rentrai chez moi éperdu... » Il croit alors que la franc-maçonnerie blanche et le communisme se liguent contre lui. On veut l'escamoter. A l'hôpital malades et médecins sont de faux malades, de faux médecins, en vérité des espions déguisés. Cependant, quelques jours de repos l'améliorent vite, il hésite encore, il conserve des craintes vagues, des remords, des idées de culpabilité, mais il peut sortir ; ces jours-ci, entendant deux femmes crier très fort dans le métro, il est descendu par crainte de prendre des mots pour lui.

Plus rarement et toujours à l'acmé d'un paroxysme anxieux, on voit ces inquiets déclarer qu'on répète ou qu'on prend ou qu'on devine leur pensée. Là encore il ne s'agit pas de désagrégation mentale. Ou bien c'est la constatation d'un geste fortuit coïncidant avec une pensée présente ou s'adaptant à une pensée antérieure, ou bien ce sont des allusions supposées à la vie intime qui équivalent à cette énonciation de leurs actes dont parlent les hallucinés, ou encore c'est l'interprétation d'une hyperendphasie passagère. Sous l'influence de l'anxiété, du monoïdésisme envahissant, la conscience s'obnubile plus ou moins, les perceptions extérieures s'effacent graduellement tandis que l'idée angoissante acquiert la netteté des perceptions extérieures ; le malade entend alors sa propre pensée et l'extériorise un instant. Phénomène exceptionnel d'ailleurs dans le délire de supposition.

Ces malades, ai-je déjà dit, sont des persécutés mélancoliques. Donc, à côté des conceptions délirantes communes à tous les interprétateurs, ils élaborent ce délire mélancolique par excellence qu'est l'auto-accusation.

Selon Kretschmer le sentiment de culpabilité aurait un rôle primordial dans la genèse du délire d'interprétation sensitif, mais il ne s'extériorise pas d'une manière évidente par l'auto-accusation. Le refoulement de l'érotisme peut donner naissance à un délire de compensation ou à un délire d'auto-punition dont la psychanalyse seule permet de découvrir le sens véritable. Kretschmer décrit dans cette catégorie le délire des masturbateurs obsédés par le remords de leur vice. Les vieilles filles, surtout, se réfugient dans un délire de persécutions et de grandeurs qui cache le souvenir de rêves libidineux, de lectures romanesques ou bien le ressentiment de déceptions anciennes. Nombre de fois, cependant, les combats intérieurs entre les principes d'éducation religieuse et les désirs sexuels se manifestent plus franchement : tiraillée d'un côté par la crainte de Dieu, de l'autre par les tentations du démon, la dévote se croit poursuivie par des amoureux de religion différente qui la tourmentent, ou bien par des sectes opposées qui les unes la poussent au couvent, les autres au mariage. Enfin tendances et doutes peuvent ajouter aux idées de persécution un délire de disculpation plus ou moins occulte. Tantôt révoltée par les images voluptueuses qui émergent de son subconscient, cette persécutée soupçonne des intentions malhonnêtes, des outrages, voire même des tentatives de viol durant son sommeil. Tantôt partagée entre ses scrupules et son érotisme elle croit qu'on l'accuse de tromper son mari et s'en indigne, ignorant ses secrets désirs. L'une d'elle suppose même qu'on lui attribue peut-être les dévergondages d'une prostituée qui aurait même yeux et même visage qu'elle, alors que la ressemblance est toute morale, mais inconsciente.

L'auto-accusation succède quelquefois à une préoccupation hypocondriaque obsédante. Contrairement à l'hypocondriaque hypersthénique qui devient facilement un persécuteur et un revendicateur, l'asthénique craint de contaminer l'entourage et se croit l'objet de surveillances et de persécutions. Des syphilophobes notamment et nombre d'inquiets qui, à tort ou à raison, se croient atteints d'une maladie contagieuse, de pré-

férence une maladie vénérienne, interprètent le moindre malaise, ou le moindre regard. Les uns, honteux de leur sort, convaincus qu'on les prend pour des pestiférés, se cachent et fuient la société. D'autres deviennent plus franchement persécutés et englobent dans leurs soupçons la plupart des personnes qui sont en rapport avec eux. Comme tous les persécutés de cette catégorie, ils n'affirment pas, se laissent assez facilement persuader, mais retombent vite dans leurs craintes et parfois harcèlent de questions ceux qui entreprennent de les guérir.

J'ai vu plusieurs syphilophobes persécutés au Dispensaire de Prophylaxie mentale et j'en observe un autre dans mon service de l'Asile Sainte-Anne. C'est un professeur de lycée, âgé de 37 ans, homme doux, timide, sans volonté, sans ambition, aimant la solitude. Il contracta la syphilis à 25 ans, assure-t-il, et se soigna plusieurs années, malgré un Wassermann négatif. Une fois marié il ne pratiqua que le coït interrompu pour ne pas avoir d'enfants. Une nièce qui mangeait à sa table ayant eu de l'acné au menton, il crut l'avoir contaminée, et bientôt après il remarqua qu'on le suivait dans la rue. Il devint anxieux et demanda un congé en décembre 1928. Les Docteurs Dumas et Borel constatent à cette époque un état de dépression psychique avec des manifestations anxieuses transitoires et des interprétations paranoïaques liées à des idées hypocondriaques, mais quelques mois après ils l'autorisent à reprendre son service en raison « de la manière dont il accueille arguments et conseils ». Revault d'Allones qui le voit ensuite, diagnostique, débilité mentale en raison de sa pusillanimité. C'est cependant un bon professeur. Et, d'ailleurs, s'il est incapable de soutenir son délire, de répondre aux objections, il n'en continue pas moins à le développer. Il s'imagine alors que sa nièce a contaminé la fille d'un employé du Bon Marché et que l'administration de ce magasin le fait suivre par une agence de police privée. En novembre 1929, il va se plaindre à la Préfecture de police où on l'engage à tenir au courant le chef de service. Dès lors, pendant près d'un mois, il écrit presque tous les jours une lettre pour signaler les individus qui le filent, leurs attitudes, leurs gestes, leurs costumes, et, en même temps il voit que ces individus sont eux-mêmes surveillés par des agents. « La surveillance de la police privée d'une part, écrit-il, la protection de la Préfecture de police d'autre part, sont deux choses qui sont en état de faire un travail de surveillance et de protection qui est à la fois très étendu et très étendu. »

tre part, font partie de ma vie d'homme dans la rue. Je m'y suis résigné. » Il craint cependant un mauvais coup, il suspecte le concierge et les voisins qui écoutent ses conversations, il a une altercation avec un ouvrier arrêté devant sa porte, il suppose qu'on veut l'impressionner et le rendre fou. Il soupçonne aussi ses collègues et ses supérieurs, il change deux fois de lycée sur sa demande. Son inquiétude augmente. L'internement l'apaise. Il ne corrige pas ses erreurs, se croit toujours syphilitique et, pour cette raison, méprisé par ses supérieurs et filé par une police privée, mais il admet qu'il a pu commettre des jugements téméraires et il s'en excuse.

Le comportement, les réactions de ces malades dérivent de leur caractère. Asthéniques et hyperémotifs incapables de prendre une décision et de la tenir, ils cherchent appui et conseils autour d'eux, demandant la protection de la police et quelquefois acceptent de se laisser soigner ou même enfermer. Ils menacent rarement. Il peut leur arriver d'injurier ou de frapper dans un paroxysme de crainte ou de révolte, mais jamais ils ne prémeditent un crime. Ils ont plutôt des velléités de suicide.

Généralement ils préfèrent se défendre par la plume. Ils aiment écrire et leurs écrits abondants n'ont pas la monotonie des écrits mélancoliques. Semblables aux autres paranoïaques, atteints d'exhibitionnisme mental, selon le mot de Génil-Perrin, ils éprouvent un soulagement à exposer leur vie ou à s'analyser. Les uns rédigent des confessions ou un plaidoyer, d'autres se contentent de tenir un journal intime.

**

L'évolution de ce délire de supposition ne diffère pas essentiellement de celle du délire d'interprétation. On peut schématiquement décrire trois périodes. La première, période d'inquiétude, n'est que l'exagération du caractère antérieur. Elle prépare la seconde qui ne débute guère avant la quarantaine, parfois même beaucoup plus tard, période proprement interprétative, celle des recherches infructueuses, de la lutte contre les manœuvres souterraines, extrêmement longue et sujette

à de nombreuses oscillations. La troisième enfin, période terminale caractéristique du délire de supposition, peut être appelée période de résignation : la sensibilité s'émousse, les protestations cessent, l'inquiétude s'atténue. Le mystère subsiste mais ne préoccupe plus ; une sorte de sérénité annonce le crépuscule de la vieillesse. C'est pour Jean-Jacques Rousseau, après tant de migrations, l'heure des *Rêveries du promeneur solitaire*. Il faut citer le début de ce chef-d'œuvre pour admirer comment un écrivain de génie a su décrire cette dernière phase de la psychose à la fin de sa vie, alors que le destin qu'il prévoyait s'accomplit.

« Me voici donc seul sur la terre, n'ayant plus de frère, de prochain, d'ami, de société que moi-même. Le plus sociable et le plus aimant des humains en a été proscrit par un accord unanime... Depuis quinze ans et plus que je suis dans cette étrange position, elle me paraît encore un rêve... Je me suis débattu longtemps aussi violemment que vainement... Sentant enfin tous mes efforts inutiles, et me tourmentant à pure perte, j'ai pris le seul parti qui me restait à prendre, celui de me soumettre à ma destinée... J'ai trouvé dans cette résignation le dédommagement de tous mes maux par la tranquillité qu'elle me procure, et qui ne pouvait s'allier avec le travail continual d'une résistance aussi pénible qu'infructueuse... Les maux réels ont sur moi peu de prise ; je prends aisément mon parti sur ceux que j'éprouve, mais non pas sur ceux que je crains. Mon imagination effarouchée les combine, les retourne, les étend et les augmente. Leur attente me tourmente cent fois plus que leur présence et la menace m'est plus terrible que le coup. Sitôt qu'ils arrivent, l'événement, leur ôtant tout ce qu'ils avaient d'imaginaire, les réduit à leur juste valeur. Je les trouve alors beaucoup moins que je ne me les étais figurés ; et même, au milieu de ma souffrance, je ne laisse pas de me sentir soulagé. Dans cet état, affranchi de toute nouvelle crainte et délivré de l'inquiétude de l'espérance, la seule habitude suffira pour me rendre de jour en jour plus supportable une situation que rien ne peut empirer... Voilà le bien que m'ont fait mes persécuteurs, en épuisant sans mesure tous les traits de leur animosité. Ils se sont ôtés sur moi tout empire, et je puis désormais me moquer d'eux. »

Ce rôle capital de la crainte et de ses oscillations, si éloquemment analysé par Jean-Jacques Rousseau,

fait comprendre les caractères spéciaux qui s'observent dans la marche du délire de supposition. Le persécuté, toujours hésitant et enveloppé de mystère, ne trouve jamais l'explication décisive et par suite ne systématise pas ses multiples interprétations. Les soupçons se juxtaposent autour d'un sentiment inébranlable de persécution ; ils se multiplient dans les paroxysmes d'inquiétude, ils s'affirment un instant mais cèdent vite au moindre doute, ils restent des soupçons. Sans avoir rien d'incohérent, les hypothèses émises ne cristallisent pas autour d'elles toutes les interprétations. Le lien qui les unit ne s'exprime pas ; l'association d'idées qui les commande reste subconsciente et n'aboutit pas à la dialectique serrée des grands interprétateurs. Leur coordination reste lâche et fragile ; elle ne crée pas un roman dont on peut suivre l'enchaînement des chapitres.

L'interprétateur hyposthénique n'a donc pas la rigidité du paranoïaque, cette rigidité sur laquelle a très judicieusement insisté Montassut, il n'est pas l'homme d'une seule idée, il passe au contraire quelquefois d'un thème à un autre ; loin de suivre, tête baissée, la ligne droite, comme le persécuté hypersthénique, il zigzague et quelquefois même change de direction, remplaçant par exemple un délire de jalousie par un délire de persécution ou des conceptions mystico-politiques comme on le verra dans un instant à propos de Strindberg.

Enfin, dernier caractère évolutif important, ce délire de supposition n'a pas, comme d'autres psychoses, une marche régulièrement progressive ; il est au contraire essentiellement rémittent et parfois même intermittent. A vrai dire tous les délires d'interprétation, quels qu'ils soient, procèdent par poussées successives, par bonds liés à des phases hyperthymiques. Malgré sa rigidité, le paranoïaque le plus franc reste soumis aux oscillations de l'humeur ; il a dans sa vie des exaltations et des accalmies, mais ces variations de l'affectivité ne modifient guère la ligne générale du délire. Chez l'hyperémotif au contraire il y a des périodes d'anxiété, des paroxysmes interprétatifs séparés par de longues périodes d'apaisement ; pendant des mois on pourrait croire

que le malade s'avance vers un délire chronique à évolution systématique, on pourrait croire qu'il se trouve à cette première phase d'inquiétude et d'interprétation qui caractérise le délire chronique de Magnan et que d'un jour à l'autre va surgir l'hallucination pathognomonique ; point du tout, le délire avorte, l'anxiété s'apaise, les interprétations se raréfient, le doute seul subsiste jusqu'au jour où une nouvelle crise ranimera la flamme à demi-éteinte.

Cette paranoïa abortive, rémittente ou intermittente n'en est pas moins une paranoïa chronique et extensive dont les ondulations de surface ne changent pas le fond. D'accès en accès le capital délirant s'enrichit, le nombre des suppositions s'accroît, les interrogations se multiplient, encore que l'énigme reste indéchiffrable et le mystère aussi profond. Jean-Jacques Rousseau n'a jamais réussi à percer le voile impénétrable du complot inouï dont il était enveloppé, mais le nombre de ses ennemis augmentait d'année en année et de quelques persécutions réelles il a déduit l'hostilité universelle. Il suffit de lire sa *Correspondance*, ses *Confessions*, ses *Dialogues*, ses *Rêveries* pour réfuter la thèse récente d'un urologue, Elosu, qui réduit la maladie mentale de Jean-Jacques à des crises d'anxiété avec bouffées interprétatives liées aux crises de rétention d'urine avec azotémie. Assurément on peut admettre l'influence de cet important facteur organique sur les paroxysmes, mais il n'explique pas la persistance et le développement du délire d'interprétation.

L'évolution du délire de supposition, son étroite subordination au caractère du sujet, ses variations de surface, ses crises, ses accalmies et son apaisement final sans abdication ni rectification, cette évolution se retrouve dans la vie de l'un des plus grands écrivains de la fin du XIX^e siècle, le romancier suédois Strindberg. De lui, comme de Jean-Jacques Rousseau on a dit que c'était un schizophrène. Mais alors schizophrénie ne signifie pas démence précoce, ce terme devient synonyme de déséquilibre mental. Un homme de génie peut perdre le contact avec la réalité ; selon l'expression de Jean-Jacques Rousseau, on le rend étranger à la

société ; il peut s'isoler de plus en plus, s'évader même dans le mysticisme et l'occultisme, comme Strindberg ; il n'est jamais un dément, sa personnalité ne se désagrège pas, il reste ce qu'il a toujours été : un déséquilibré et un interprétateur.

Paranoïaque, mystique et instable, Strindberg fut, en effet, comme Jean-Jacques Rousseau, un déséquilibré de génie, un hyperrémotif prompt aux enthousiasmes et aux découragements, toujours enclin à se croire persécuté, prêt « à donner à tous les événements une signification personnelle », comme le remarquait un de ses compatriotes. Enfant il se montra susceptible, irritable, s'abandonnant très tôt « à des explosions de révolte contre ses oppresseurs ». Fils d'un commerçant et d'une servante d'auberge, il souffrit beaucoup de cette origine, s'imaginant qu'on le bafouait.

« A 18 ans il commença des études supérieures à l'Université d'Upsal. Il les interrompit faute d'argent et surtout en raison de son instabilité et d'un conflit avec ses professeurs. Dès lors il fut, tour à tour, maître d'école et acteur, télégraphiste et journaliste, médecin et peintre, prédicateur et précepteur, bohème et bibliothécaire d'Etat. Brûlé du désir de tout savoir, mais incapable de se fixer et foncièrement insociable, il se spécialisa momentanément dans les branches les plus diverses depuis la puériculture, la botanique et la chimie jusqu'à la langue chinoise et aux textes ésotériques du Thibet. Il prêcha et combattit successivement, avec le même fanatisme, les doctrines les plus diverses, s'enthousiasma de Rousseau, de Swedenborg, de Nietzsche. Torturé par une inquiétude qui, au cours de sa vie prit les aspects les plus divers, il interprétait ses lectures à travers ses rancunes et ses désillusions. Une contrariété ou une joie le transformaient. »

Il a laissé une autobiographie en huit volumes d'une précision et d'une franchise aussi complète que celle de Jean-Jacques Rousseau. Il s'y révèle paranoïaque jusqu'à la fin de sa carrière, jusqu'à ce *Discours à la nation suédoise*, où, blessé dans son orgueil, il invectiva les plus illustres de ses compatriotes. De cette longue confession, le *Plaidoyer d'un fou*, 1887, et *Inferno*, 1897, sont les deux volumes les plus caractéristiques, l'un exposant un délire de jalouse, l'autre extériorisant le persécuté mystique.

Adolescent, Strindberg éprouva une violente émotion en face des réalités sexuelles : ses premières masturbations lui laissèrent un sentiment de culpabilité dont il chercha à se

292 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

délivrer par un ascétisme rigoureux. Vers l'âge de 24 ans, à la suite d'un échec au théâtre il tenta de se suicider. A 27 ans il devint l'amant d'une femme mariée qui divorça et qu'il épousa (il s'est lui-même marié trois fois et a trois fois divorcé). Dès avant le mariage la jalousie s'éveilla en lui. Craignant le mépris à cause de sa fausse situation il trouve que la foule le regarde avec dédain dans les jardins publics et il reproche à sa maîtresse de porter intentionnellement des toilettes trop voyantes ou de mettre des objets appartenant à son mari pour l'avilir aux yeux du monde. Ses soupçons, sa vieille défiance, ses doutes atroces se réveillent à l'occasion de mille bruits, de sous-entendus, de brocards sournois. Des inquiétudes féroces le talonnent. Pendant un voyage sa femme a l'air distrait : elle pense à l'amant. Après sa guérison inespérée d'une maladie grave, il lui trouve la mine déconfite. Il a des crises de désespoir, est repris de ses remords, du besoin de confesser ses fautes, de s'humilier, il a envie de se suicider. Dans un album il trouve son portrait orné d'une corne sournoisement formée par une mèche de cheveux ; donc l'infidélité de sa femme est notoire. Dans un récit d'adultère il flaire diverses allusions à son infortune. Il multiplie le nombre des amants, il gifle sa femme, la force à s'agenouiller, se croit empoisonné.

En 1894, âgé de 45 ans, Strindberg, pendant un séjour à Paris, se passionne pour l'alchimie et l'occultisme et en même temps s'alcoolise. Il écrit alors son œuvre la plus remarquable, tant au point de vue littéraire qu'au point de vue psychiatrique : *Inferno*. Il y décrit les nombreux paroxysmes interprétatifs d'un délire spirite qu'il serait trop long de reproduire. Je n'en citerai que quelques extraits. Contre lui, dit-il, se dressent à la fois les hommes et les puissances surnaturelles. Au cours d'une promenade il est bouleversé par le nom des rues : « Rue Dieu ! Pourquoi Dieu, alors qu'il est aboli par la République... Rue Beaurepaire ! le beau repaire de malfaiteurs... Rue de Bondy ! Est-ce le démon qui me guide ?... Je cesse de lire les écrits, je m'égarer... Des individus suspects me frôlent lançant des mots grossiers... Des filles me barrent le chemin, des voyous me huient... Qui donc me prépare ce guet-apens ? Il y a quelqu'un qui m'a fait tomber dans ce piège ? Où est-il ?... Réfléchissant sur mon sort je reconnais la main invisible qui me châtie, m'pousse vers un but que je ne devine pas encore. »

Il découvre ensuite un complot organisé par des dames scandinaves dans l'hôtel qu'il habite : trois pianos fonctionnent à la fois, on frappe sur un clou dans la chambre voi-

sine à côté de son lit ; un fracas se fait entendre au-dessus de son alcôve, le plâtre du plafond lui tombe sur la tête. Une sourde hostilité se manifeste contre lui par des regards obliques et des mots sournois. De guerre lasse il change d'hôtel. Dès le lendemain il ne voit de sa fenêtre que lucarnes de cabinets et le garçon pose le plateau du déjeuner sur la table de nuit qui renferme le pot de chambre. Il comprendra plus tard qu'il se trouvait condamné par les puissances à l'Enfer excrémental de Swedenborg. Il se passe, en outre, à l'hôtel des choses qui l'inquiètent : lettres placées d'une façon provocante, noms travestis rappelant ceux d'ennemis personnels, il se trame une intrigue ; la menace perpétuelle d'une vengeance le torture pendant six mois... Une couverture est étendue sur une corde pour cacher quelque chose... deux ouvriers montés sur un toit visent sa fenêtre avec des objets qu'il ne discerne pas... La nuit il a des crises d'angoisse, on tousse dans la chambre adjacente à la sienne, et, de l'étage supérieur une petite toux répond : signaux évidents. Affolé il s'enfuit à Dieppe où ses ennemis le suivent... Il rentre en Suède chez un ami qui lui devient vite suspect par des manœuvres louches ; on veut l'empoisonner ou le rendre fou... Il va rejoindre sa femme sur les bords du Danube. Là il s'aperçoit que le paratonnerre de la villa est fixé juste au-dessus de son lit ; dans le grenier il découvre douze rouets et un coffre ne contenant que cinq bâtons noirs. Qu'est-ce que cela veut dire ? Il commence à soupçonner les adeptes de la magie de le persécuter à cause de la synthèse de l'or qu'il croit avoir découverte. « Un orage reste sur place au-dessus de mon village deux heures durant, écrit-il, alors que d'habitude un orage s'épuise en peu de temps et s'éloigne : je considère cela comme une agression personnelle ; mais chaque éclair me vise sans m'atteindre. »

Plus tard, Strindberg ne s'en prend qu'aux femmes qui, en lui, ont voulu tuer Orphée. De retour en Suède il découvre encore de nouvelles inventions pour le rendre fou. Puis il lit Swedenborg et c'est une révélation. Interprétant les souvenirs de son enfance, il la voit déjà organisée comme une chambre ardente et dans la description de l'Enfer il retrouve les souvenirs de Paris. Cependant cette lecture de Swedenborg le conduit à un mysticisme dont les idées de persécution s'éliminent. A la fin de sa vie, rongé par un cancer, il s'apaise, s'isole, évite même ses amis et n'entretient avec eux que des rapports télépathiques. Il meurt à 63 ans, tenant une Bible serrée sur sa poitrine.

**

L'observation de Strindberg, jointe à celle de Jean-Jacques Rousseau et à nombre d'autres, dépourvues de tout artifice littéraire, mais non moins caractéristiques, ne laisse aucun doute sur l'origine de cette variété de délire d'interprétation. On discutait autrefois sur le point de savoir si la paranoïa résulte d'une déviation intellectuelle ou d'une hyperesthésie affective. Ici toute discussion serait vaine. Le délire de supposition a une base affective : l'inquiétude ou, mieux, la lutte entre deux éléments contraires « un soupçon qui voudrait se fixer, un doute qui ne peut se détruire » (Dugas). Ce doute perpétuel conduit à des paralogismes. « L'habitude d'envisager toujours les possibilités, dit Sollier, finit par amener une sorte d'équivalence entre l'imaginaire et le réel, entre ce qui pourrait être et ce qui est. »

Ces paranoïaques, soupçonneux et douteurs sont essentiellement des asthéniques ; leur passé, leur genre de vie modeste et solitaire le démontre ainsi que leurs scrupules et leur timidité. Leur délire dépressif s'oppose au délire expansif des persécuteurs, des imaginatifs mégalomanes et hypersthéniques. Opposition plus apparente que réelle, car les formes simples, les individus tout d'une pièce n'existent guère. Chez tout asthénique il y a, pour parler comme Kretschmer, un noyau sthénique. Ces abouliques, ces humbles sont aussi des orgueilleux, voire même des mégalomanes embryonnaires, il en est qui ébauchent un délire de filiation ambitieux. C'est du conflit entre ces deux tendances continuellement présentes et continuellement affrontées que sort le thème délirant.

Il ne faut donc pas envisager d'un point de vue statique cette constitution complexe d'où émane le délire, mais comme l'a souligné Mlle Pascal, d'un point de vue dynamique. Cette constitution, en effet, n'a point des caractères immuables : elle se sensibilise sous l'influence des impressions extérieures, dont l'action varie suivant l'émotivité du sujet, sa spontanéité ou sa suggestibilité, sa capacité de retenir ou d'oublier les souvenirs affectifs, la puissance de ses associations d'idées,

son énergie ou sa faiblesse. « La paranoïa, écrit Mlle Pascal, — et c'est surtout vrai du délire de supposition, — apparaît comme un syndrome de choc émotionnel qui naît et évolue sur un fond d'éréthisme affectif spécial... Ce fond révèle une tare psycho-organique, non fixée et permanente d'emblée, mais en état d'équilibre instable qui présente des réactions dynamiques modifiables et mouvantes. Le terrain rend possible la maladie, la cause déterminante est exogène : c'est le choc émotionnel. »

Il y a donc dans la paranoïa, et particulièrement dans la paranoïa sensitive, liaison étroite entre le caractère individuel, les chocs émotionnels et, par suite, le milieu. L'interprétateur, très différent du schizophrène qui s'isole dans son autisme et se désinsère du réel, reste toujours solidaire de l'ambiance. Pour germer il faut à sa psychose un bouillon de culture approprié. Les circonstances environnantes, de l'enfance à la vieillesse, en gouvernent le développement, en commandent les fluctuations, l'apaisent ou l'exaltent. Education, lectures, fréquentations jouent un rôle important. De faux aiguillages, remarque Flournoy, de mauvais plis, s'ils ne sont pas corrigés finissent par produire un désaccord progressif et enfin une incompatibilité avec la vie sociale. De fréquents conflits mettent aux prises avec leur entourage ces déséquilibrés qui ne sont pas de leur siècle. Toutefois il ne conviendrait pas, à leur endroit, de généraliser la formule lapidaire de Tanzi : les paranoïaques sont des anachronismes vivants. Que leur mysticisme, notamment chez les débiles, soit l'explosion téméraire et individuelle d'une pensée en régression, on ne saurait le nier, mais il est, par contre, des dégénérés supérieurs, tel Jean-Jacques Rousseau, dont la pensée fut celle d'un précurseur et d'un animateur qui resplendit sur la postérité. De toute façon c'est bien du désaccord progressif entre leurs conceptions et la vie sociale et des conflits inévitables qui s'ensuivent que sort le délire. Cependant l'hypothénique, scrupuleux et timoré, n'entre pas en lutte ouverte, comme le revendicateur, contre les lois de son pays. Les dissents, —

296 LE DÉLIRE D'INTERPRÉTATION HYPOSTHÉNIQUE

les querelles surviennent plutôt avec la petite société de son village, de son quartier, de sa maison, avec ses voisins et ses amis et, par-dessus tout, avec ses parents.

Comment ne pas citer à ce propos les imprécations d'Amiel : « Oh ! la famille ! Si la superstition pieuse et traditionnelle dont on entoure l'institution laissait dire la vérité vraie sur les choses, quel compte elle aurait à régler ! que de martyres sans nombre elle a sournoisement et inexorablement fait subir ! que de cœurs étouffés, déchirés, navrés par elle ! que d'oubliettes, que *d'in pace*, que de cachots, que de supplices abominables dans ses annales, plus sombres que l'Inquisition d'Espagne ! On remplirait tous les puits de la terre avec les larmes qu'elle a fait verser en secret ; on peuplerait une planète avec les êtres dont elle a fait le malheur, et on doublerait la moyenne de la vie humaine avec les années de ceux dont la famille a abrégé les jours !... La famille s'arroge l'impunité des vilenies, le droit des insultes et l'irresponsabilité des affronts... Par qui est-on méconnu, rejeté, jalouxé, vilipendé, plus que par sa famille ? Où peut-on faire le mieux le dur apprentissage de la moquerie et de l'ingratitudo, sinon dans la famille ? — Le moraliste sérieux, comme le romancier sincère, doivent être des justiciers, et arracher le masque à cette idole, parfois atroce dans son hypocrisie. »

Ces conflits inéluctables entre l'asthénique hyperémotif et son entourage le plus proche, Kretschmer en a finement analysé l'influence sur le développement du délire d'une vieille fille : d'une part instituteur admiré et secrètement aimé, d'autre part sœurs bigottes, voisines mesquines, potins de petite ville, étroitesse des idées, souci de la respectabilité, terreur de déchoir en laissant percer le plus léger indice d'un sentiment tendre pour l'instituteur. Interviennent aussi les conditions d'existence infligées à la jeune fille par la société, du moins par la société d'hier : mineure perpétuelle, contrainte de supporter le contrôle de tous sur sa vie privée, exposée à mille petites vexations, obligée de rester constamment sur la défensive, elle développe sa méfiance, son amour-propre, et son orgueil et s'évade dans le délire pour y trouver liberté et bonheur qui lui manquent.

Même étiologie pour ce délire des gouvernantes, à thème de persécution et de grandeur, décrit par Ziehen, et où s'extériorisent d'une part les soucis matériels et les humiliations de chaque jour, d'autre part le sentiment d'une supériorité intellectuelle très réelle.

J'ai soigné une receveuse des postes d'un village d'Auvergne qui, harcelée par des querelles de clocher, finit par sombrer dans le délire de supposition le plus caractérisé. Asthénique et scrupuleuse, mais non point dénuée d'orgueil, elle fut, à 37 ans, très tourmentée par les difficultés qu'elle rencontra pour l'obtention d'un poste auquel elle avait droit mais que ses supérieurs auraient préféré donner à une autre employée. Une fois nommée dans ce village elle fut mêlée à des campagnes politiques, des rivalités d'autobus qui l'inquiétèrent. On l'engageait à commettre des indiscretions, à décacheter des lettres.

Affolée par ces tiraillements elle écouta les propositions d'un jeune paysan, sans instruction, et l'épousa pour avoir un protecteur, dit-elle. Le mariage ne fit qu'aggraver les discussions ; les deux beaux-frères, de partis opposés, soutenaient des autobus différents. Ce fut un tel embrouillamin qui qu'elle finit par n'y rien comprendre. Les conseils qu'on lui donne augmentent son inquiétude. Une erreur de caisse, constatée par un inspecteur, l'épouvante. Les facteurs lui demandent en riant si elle est contente ; elle les soupçonne de la compromettre. La concurrence des autobus s'envenime à la suite de la perte de sacs de dépêches. Par moments le télégraphe fonctionne mal, mais il marche à merveille quand vient l'inspecteur. Elle est toute désemparée. On l'accuse d'avoir des faveurs pour le maire ; plusieurs personnes lui répètent que la précédente receveuse ouvrait les lettres. Elle est complètement ahurie. Viennent les élections sénatoriales. La distribution des circulaires est une nouvelle source d'ennuis ; on lui pose des questions indiscrettes, on lui demande des complaisances dangereuses, on la pousse encore à décaucher des lettres. L'espionnage se resserre autour d'elle. Finalement, dans une crise d'anxiété, elle tente de se suicider.

On saisit là, sur le vif, l'influence du milieu et de petits chocs émotionnels constamment répétés qui sensibilisent un sujet prédisposé et dont la sommation déclanche le délire.

Faut-il en outre accorder un rôle capital au facteur sexuel. C'est évidemment l'opinion de Freud. Pour lui, la paranoïa, tout comme la mélancolie, est une psychose narcissique, c'est-à-dire à base d'auto-érotisme. Freud a constaté de plus que le persécuté prend en général pour ennemi une personne du même sexe, souvent celle qu'il aimait le plus avant sa maladie. Il en conclut que le délire de persécution est une psychose dans laquelle l'individu se défend contre une tendance homosexuelle devenue trop forte. Il me paraît difficile de généraliser pareille théorie qui ne s'appuie que sur des faits en réalité exceptionnels. Par contre il est certain que les chocs émotionnels, d'ordre érotique s'observent souvent : déceptions amoureuses, amours contrariés, désirs refoulés, et on peut admettre qu'en pareil cas le délire n'est que le transfert émotionnel d'un érotisme inassouvi.

En somme le délire de supposition apparaît comme une sorte de type mixte ou plutôt une forme de transition entre la psychasthénie et la paranoïa. De l'obsession au délire il n'y a pas un abîme, comme d'aucuns l'ont cru jadis ; nombre de phobies conduisent aux idées de persécution.

J'ai connu un émotif, méfiant et susceptible, atteint depuis sa jeunesse d'éreutophobie, puis de phobie du nombre 13 qui découvrit peu à peu dans les conversations de ses camarades des allusions à cette obsession. Ensuite il remarqua qu'on le regardait ostensiblement dans la rue pour le faire rougir. Supposant enfin que l'on connaissait maints détails de sa vie et que l'on enregistrait ses gestes, ses paroles, ses actes, ses troubles il s'en préoccupa et vint demander à la consultation un traitement pour retrouver son état normal.

Raymond Mallet, dans son livre sur *Les Obsédés*, cite des cas analogues : « Au point de vue moral, dit un de ses malades, je vois faux, je m'imagine qu'on me juge, qu'on me critique, qu'on me considère comme n'ayant pas ma raison. Tout ce que j'entends autour de moi je suppose qu'on le dit à mots couverts, pour me critiquer et pour me juger. Des fois je prends un mot

pour un autre. A ces moments-là, mon esprit est complètement faussé. Je ne vois plus les choses comme elles sont... »

Un pas de plus et l'interprétation se fixera, l'autocritique s'atténuerà ; l'obsession consciente deviendra l'idée délirante aveugle. Le douteur obsédé et le douteur délirant, quelles que soient leurs différences habituelles, peuvent avoir des traits communs de caractère. L'obsédé a-t-il l'esprit faux il s'abandonne aux interprétations ; le persécuté est-il un asthénique inquiet, il doute de son délire. Chez l'obsédé peut exister un rudiment de paranoïa qui se développe plus ou moins selon les circonstances. Chez l'interprétateur peut grandir un élément d'hyperémotivité et d'anxiété contraire à l'élaboration de la certitude. Les constitutions simples sont l'exception, comme l'ont dit Achille Delmas et Boll ; plus fréquentes les constitutions, et par suite les psychoses, complexes.

Le pronostic du délire de supposition, paranoïa rudimentaire ou abortive, est moins grave que celui du délire d'interprétation sthénique, non point qu'il guérisse complètement, mais il est moins rebelle à la psychothérapie, moins irréductible, et il présente enfin de longues rémissions compatibles avec la vie sociale. Il ne nécessite pas l'internement. C'est pour le traitement de ces psychoses atténuées que la création de services ouverts, d'hôpitaux psychiatriques fut une œuvre utile et bienfaisante.

LA MÉLANCOLIE PANCRÉATIQUE

(D'une forme fréquente de la mélancolie d'involution)

Par M. Paul ABELY

Médecin-Chef de la Maison Nationale de Saint-Maurice

L'étude de la base organique du syndrome mélancolique a provoqué depuis quelques années et spécialement en France, de nombreux travaux. Nous pouvons citer la thèse de Mlle Badonnel en 1924, l'article important paru en 1929 dans *l'Encéphale* de MM. Targowla et Lamache « sur le syndrome biologique des états mélancoliques », les publications de MM. Dupouy et Courtois sur « l'azotémie dans la mélancolie », et tout récemment l'intéressante discussion soulevée à la Société Médico-Psychologique par Targowla à propos de son exposé sur « la Psychose anxieuse, syndrome encéphalitique ».

Dans ces différents travaux les auteurs témoignent surtout du souci des recherches biologiques, laissant au second plan la forme clinique des états mélancoliques étudiés. Nous y rencontrons des types de mélancolie intermittente, de mélancolie d'involution, de mélancolie symptomatique d'états psychiques ou toxiques divers. Inversement Targowla et Lamache, apportant une condensation particulière à leurs recherches, font une différenciation radicale entre d'état dépressif et l'anxiété, différenciation que nous considérons personnellement comme discutable en tant qu'elle est présentée comme une séparation absolue.

Nous basant surtout sur la présentation clinique de nos malades nous demeurons dans la formule classique et nous croyons qu'il existe des formes mélancoliques très différentes : des formes purement symptomatiques

d'états divers dont la base organique ou psychique dépend, avant tout, de l'état primitif, une forme de mélancolie à type spécialement anxieux survenant chez les psychasthéniques et les déséquilibrés du système émotif, enfin et surtout deux formes essentiellement autonomes : la mélancolie de la psychose maniaque dépressive et la mélancolie d'involution ou présénile. A chacune d'elles pourraient se rapporter des recherches biologiques particulières.

Nous nous sommes plus spécialement attaché à l'étude de la base organique de la mélancolie d'involution. Nous n'avons examiné que des sujets présentant un premier accès de mélancolie survenu à la période critique de l'involution présénile. Nous avons pu en l'espace de deux ans réunir 16 cas de malades correspondant strictement à ce type clinique.

Deux incidents importants fixèrent notre attention ; en voici les deux observations : A) Une femme de 49 ans entre dans notre service en état de mélancolie anxieuse avec idées d'indignité, d'auto-accusation, de suicide. Les symptômes psychiques se sont installés lentement, insidieusement, depuis 7 mois environ. Elle fut dans son passé exagérément scrupuleuse, craintive, timorée et peu expansive, mais jusqu'ici elle n'avait jamais présenté de troubles mentaux. Une légère indisposition de son mari a pu apporter un petit élément psychologique à l'éclosion de cette psychose.

L'examen physique est négatif : rien dans les urines, rien dans le sang, rien dans le liquide céphalo-rachidien, urée sanguine : 0,38. Tension artérielle 17-9. L'examen neurologique est également négatif, à noter cependant une sympathicotonie très marquée. Malgré son délire la malade s'alimente d'une façon satisfaisante. Traitée par les hypnotiques et le crataegus l'état mental et physique reste stationnaire pendant 3 mois. Brusquement notre mélancolique se met à maigrir avec une extraordinaire rapidité, nous assistons à une véritable fonte musculaire qui évolue en quelques jours. Puis la malade devient somnolente. Nous constatons dans les

urines une quantité énorme de sucre et une présence importante d'acétone. Traitée immédiatement par l'insuline et le bicarbonate de soude intraveineux, elle meurt néanmoins en vingt-quatre heures d'un coma diabétique.

B) Notre deuxième observation concerne un homme de 52 ans, exerçant la profession de pharmacien, qui au cours de sa vie avait toujours été très soucieux de sa santé, avait à maintes reprises examiné ses urines et n'avait jamais constaté chez lui la moindre menace de glycosurie Il est amené dans notre service pour un premier accès de mélancolie anxieuse et à la suite d'une tentative de suicide. Présentation clinique classique. Examen physique négatif. L'analyse des urines, faite à plusieurs reprises ne donne aucun résultat. La tension artérielle maxima est assez élevée, elle est par la suite sujette à d'assez fortes variations, elle se rapproche parfois de la normale et l'on note à ces moments chez notre malade des rémissions délirantes remarquables, mais qui ne durent que quelques heures.

Après deux mois environ de séjour, le sujet présente brusquement les mêmes symptômes que notre première malade et meurt en 48 heures d'un coma diabétique.

Dans les deux cas, la famille refusa formellement le permis d'autopsie et nous dûmes rester dans le domaine des hypothèses. L'interprétation en était difficile et nous envisageâmes la possibilité d'une origine tubéreuse. Ce fut huit mois plus tard qu'un nouveau décès survint dans des conditions à peu près identiques et nous pûmes cette fois pratiquer la nécropsie. Alors que les autres organes ne prêtaient à aucune remarque, le pancréas attira notre attention : il était nettement sclérosé dans toute son étendue, ratatiné, dur, divisé par des travées fibreuses blanchâtres criant sous le couteau.

Cette constatation nous remit en mémoire certains faits. Nous nous souvenions d'avoir vu quelques années auparavant un malade atteint d'un cancer de la tête du pancréas, diagnostiqué par un chirurgien, présenter au cours de l'évolution de son néoplasme un état anxieux très important.

Nous nous rappelâmes aussi qu'alors que nous étions l'interne de notre regretté maître le Docteur H. Colin, il nous avait confié la garde d'un malade porteur d'une fistule pancréatique dont il mourut et qui, quelque temps avant sa mort, présentait des crises d'agitation anxiouse extrêmement violentes.

Enfin au cours d'une récente conversation M. Marchand nous signalait qu'il avait été frappé par le nombre important de scléroses pancréatiques qu'il avait rencontrées au cours d'autopsies de vieillards.

Le groupement de tous ces faits et nos réminiscences cliniques nous incita à étudier plus spécialement la fonction pancréatique des mélancoliques préséniles.

D'ailleurs si jusqu'ici on a étudié dans le syndrome mélancolique l'état du rein, du foie, de la thyroïde, il semble que la glande pancréatique a peu intéressé les chercheurs.

L'étude des fonctions pancréatiques est essentiellement délicate. Cette glande possède à la fois une sécrétion externe et une sécrétion interne. Son importance physiologique est encore incomplètement connue. Depuis quelques années son rôle comme glande à sécrétion interne s'est considérablement étendu. Après l'hormone hypoglycémiant, on a découvert récemment l'hormone hypotensive et Santenoise a signalé l'action vagotonisante des extraits de pancréas. Les recherches de laboratoire auxquelles il faut se livrer sont longues, délicates, parfois paradoxales ou incertaines, elles englobent le domaine de la coprologie et de l'hématologie. Aussi c'est avec le maximum de prudence que nous vous présentons aujourd'hui la préface de nos recherches, dont nous espérons dans quelques mois vous apporter des résultats plus précis et plus complets. En particulier l'exploration clinique du pancréas par l'injection intraveineuse de sécrétine purifiée, que nous allons commencer, exige des tubages duodénaux multiples et de longues semaines de patience. Surtout nous attendons beaucoup de la « vagotonine » isolée par Santenoise, que nous n'avons pas pu encore expérimenter.

Néanmoins nous nous croyons autorisé à vous pré-

senter dans cet article l'essai d'isolement d'une mélancolie du type d'involution, liée à un état d'insuffisance pancréatique, créant elle-même une dysharmonie endocrinienne hépato-pancréatique.

Parmi 16 cas de mélancolie présénile nous en avons retenu 10 présentant des symptômes identiques correspondant au tableau biologique et psychique que nous allons décrire :

**1^o SYNDROME BIOLOGIQUE
DE LA MÉLANCOLIE PANCRÉATIQUE**

Dans ce syndrome on rencontre des symptômes primordiaux et constants se rapportant :

- A. Au métabolisme des Hydrates de Carbone ;
- B. Aux variations de la tension artérielle ;
- C. A l'état d'équilibre du système neuro-végétatif.

A. *Métabolisme des Hydrates de Carbone.* — La présence du sucre dans les urines est fréquente (6 fois sur nos 10 cas). Ce sucre est en quantité habituellement faible oscillant pour nos observations entre 4 et 10 grammes par litre. Cette présence est essentiellement variable et capricieuse, elle disparaît souvent et il faut quelquefois recourir à des analyses fréquentes et répétées pour la mettre en évidence.

Si la glycosurie spontanée est assez inconstante, il n'en est pas de même de la glycosurie provoquée. Chez nos dix sujets l'épreuve de la glycosurie alimentaire a toujours été positive. L'absorption de 100 grammes de glucose suffisait habituellement, nous n'avons jamais eu à dépasser 150 grammes. L'étude de la glycémie sanguine nous a elle aussi donné des indications variables : chez six malades, elle oscillait entre 1 g. 10 à 1 g. 25 0/00, chez les quatre autres entre 1 gr. à 1 gr. 15 0/00. La constatation la plus intéressante et qui nous paraît la plus importante est l'extrême sensibilité de ces mélancoliques à l'adrénaline. L'épreuve de la glycémie adrénalinique est toujours extrêmement positive, elle provoque en même temps une exaspération des troubles mentaux. Chez nos dix malades l'injection d'un milli-

gramme d'adrénaline en solution au millième a provoqué deux heures après, les glycémies suivantes : 1 gr. 66, 1 gr. 52, 1 gr. 84, 1 gr. 30, 1 gr. 96, 1 gr. 30, 2 gr., 1 gr. 60, 1 gr. 30, 1 gr. 54.

Renouvelées plusieurs fois, ces épreuves ont été toujours fortement positives.

B. Etat de la Tension artérielle. — La tension artérielle, et plus spécialement la tension maxima, était habituellement au-dessus de la normale. Exceptionnellement au-dessous de 18, habituellement aux alentours de 20-22. Chez une de nos malades, au cours d'une bouffée anxieuse particulièrement intense, la tension artérielle dépassait les limites d'inscription du Pachon, soit 30. Mais le symptôme remarquable que l'on constate chez tous ces sujets c'est l'extrême variabilité de cette tension. A quelques jours et parfois à quelques heures d'intervalle la différence oscillométrique peut dépasser 4 et même 6 divisions. Ces différences sont beaucoup moins sensibles pour la tension minima.

Habituellement au maximum de tension correspond le maximum d'anxiété et inversement, nous avons assisté quelquefois à de remarquables rémissions psychiques que nous décrirons plus loin et qui coïncidaient avec une forte diminution de la tension artérielle, laquelle rejoignait même parfois la normale.

C. Etat du système neuro-végétatif. — Tous ces sujets sont toujours fortement sympathicotiques avec un R. O. C. nul ou inverse, un réflexe solaire très nettement positif.

Parallèlement à cette hyperactivité du sympathique on constate chez ces malades des angiospasmes périphériques, des phénomènes de dysthyroïdie et si on les ausculte on découvre fréquemment des extra systoles qui pourraient en imposer pour une lésion organique mais qui cèdent rapidement aux bromures et surtout à la teinture de Crataegus.

Enfin, ils présentent habituellement de la polyurie et une constipation opiniâtre résistant à tous les laxatifs, symptômes liés à la fois à la sympathicotonie et à l'in-

suffisance des fonctions internes et externes du Panréas.

A côté de ce syndrome biologique, on constate dans le domaine physique ou neurologique des petits signes habituellement constants et dans tous les cas extrêmement fréquents :

1° *Des algies* très mobiles siégeant à la nuque, le long de la colonne vertébrale, dans les membres, quelquefois unilatérales, toujours très variables dans leur intensité et leur localisation. Un examen systématique de la sensibilité montre qu'elles n'ont pas une origine centrale, elles sont périphériques et correspondent assez bien au type des algies diabétiques.

2° *Un tremblement* des extrémités digitales quelquefois permanent, mais le plus souvent intentionnel, se manifestant d'une façon très évidente au moment des actes volontaires, pouvant s'étendre à tout le membre et même à tout un côté du corps. Une de nos malades présentait certains jours une véritable hémichorée lorsqu'elle faisait un effort pour se lever ou nous tendre la main. Ce tremblement se produisait d'ailleurs aussi bien à droite qu'à gauche.

Nous le mettons hypothétiquement sur le compte de l'hypotonie musculaire.

3° *Le goût métallique* de la salive. Sept de nos malades se plaignaient à chacune de nos visites d'éprouver dans la bouche un goût désagréable de fer ou de rouille. Ce signe a déjà été signalé par Sobel comme un symptôme très important de pancréatite interstitielle chronique.

4° *L'amaigrissement*. Il apparaît d'une façon assez sensible au début de la psychose. Puis il s'arrête habituellement dans son évolution. Sa persistance est d'un mauvais pronostic. Sa brusque intensité coïncide avec une aggravation inquiétante de l'état physique et mental. Le retour à l'embonpoint est au contraire un signe ordinairement favorable.

5° Chez deux de nos malades la zone pancréatique de chauffard était nettement douloureuse à la pression. L'un d'eux présentait d'assez longues périodes de calme

(5 à 7 jours), le retour à l'agitation anxieuse était précédé de douleurs violentes dans cette même zone de chauffard, douleurs éprouvées spontanément par le sujet et qu'il signalait lui-même.

Néanmoins, ces deux cas isolés ne nous permettent pas d'accorder une valeur particulière à ce symptôme.

2° SYNDROME MENTAL DE LA MÉLANCOLIE PANCRÉATIQUE

Ce syndrome correspond en général à celui de la mélancolie d'involution.

Il s'agit toujours, dans les cas que nous avons étudiés, d'un premier accès. Dans quatre de nos observations, nous avons trouvé une hérédité similaire, hérédité double, à la fois nerveuse et pancréatique, leur père ou leur mère avait eu à l'époque de la présénilité un accès mélancolique, l'un ou l'autre avait été diabétique. Nos dix malades étaient tous plus ou moins fragiles ou point de vue neuropsychique, ils s'étaient comportés au cours de leur vie comme des scrupuleux excessifs, des phobiques, des douteurs, des émotifs ou des timides.

L'accès actuel s'était installé lentement, insidieusement, il s'était tout d'abord manifesté par des phénomènes d'asthénie, une difficulté dans l'effort physique ou mental, par des soucis exagérés se rapportant à leurs fonctions sociales, puis peu à peu étaient apparues des préoccupations hypochondriaques. Habituellement à ce stade, c'est un petit choc émotif, une contrariété, un déboire quelconque qui avait déclenché la grande crise.

A la période d'état cet accès se manifeste par une anxiété particulièrement intense, avec idées d'auto-accusation, inquiétude permanente se rapportant à la famille, délire d'attente extrêmement douloureux avec interprétations de tous les bruits, de tous les gestes, impulsions très graves et répétées au suicide, ébauche d'idées de transformation corporelle.

Mais il est un fait qui nous a frappé chez nos dix malades, c'est l'apparition brusque de rémissions, de retour intégral au calme et à la pensée normale. Le malade que nous avons vu le matin en proie à une ter-

reur atroce, entendant les bruits de la guillotine qu'on prépare, les yeux dilatés exprimant une abominable frayeur, réclamant qu'on finisse au plus tôt, qu'on sauve au moins ses enfants, refusant toute nourriture, etc., nous le retrouvons dans l'après-midi assis sur son lit, lisant son journal, nous tendant la main et nous offrant une cigarette. Cet état dure quelques heures à peine, exceptionnellement plus d'une journée, puis l'anxiété réapparaît aussi intense que par le passé.

Ces rémissions apparaissent aussi bien le matin, que le soir ou dans la nuit ; nous les avons constatées chez nos dix sujets. Les premières donnèrent grand espoir au médecin et aux familles, mais l'expérience nous fit renoncer à cet optimisme. Elles sont remarquables par la perfection du retour complet à l'état normal et par la brièveté de leur durée, nous croyons qu'elles sont beaucoup plus rares dans les autres formes mélancoliques.

Il nous a été donné d'examiner la tension artérielle du sujet au moment de ces rémissions, chaque fois nous avons constaté que cette tension avait considérablement baissé de 4 et quelquefois de 6 divisions. Son ascension pouvait faire prévoir à peu de temps près le retour de l'anxiété.

Dans ces périodes favorables, nous avons essayé trois fois, mais sans succès, les inhalations de nitrite d'amyle.

3° EFFETS DU TRAITEMENT

Nous avons essayé d'instituer dans tous ces cas une médication rationnelle et symptomatique, s'adressant surtout à la déficience générale du Pancréas. Secondairement, et nous intéressant à la sympathicotonie, nous administrons de la teinture de Crataegus alternée avec du tartrate d'Ergotamine.

Nous avons utilisé l'opothérapie pancréatique par voie buccale sous forme de cachets ou comprimés (extraits totaux Choay de Pancréas), les injections d'insuline et surtout celles d'Angioxyl. Nous avons obtenu des résultats très encourageants. Sur nos dix cas, nous

avons réussi quatre guérisons, dont une importante, puisqu'il s'agissait d'une malade internée depuis deux ans et demi chez qui toutes les thérapeutiques que nous avions essayées avaient échoué. Trois autres de nos malades ont été considérablement améliorés, l'un d'eux pourra sortir prochainement. Un autre de nos patients a été ramené dans sa famille alors qu'il était insuffisamment amélioré et incomplètement traité, nous l'avons perdu de vue. Nos deux autres mélancoliques restent stationnaires : l'une est malade depuis 4 ans, l'autre est en outre porteur d'une aortite et gravement handicapé au point de vue physique.

Nous administrons l'insuline par voie intra-musculaire à raison de 15 unités tous les deux jours.

C'est de la même façon que nous injectons l'Angioxyl et également tous les 2 jours en alternant avec l'insuline. Nous avons remarqué que l'Angioxyl n'est vraiment efficace qu'à fortes doses nous utilisons chaque fois 60 unités et fréquemment 80. L'amélioration ne devient sensible qu'après un assez long temps de traitement : un mois environ. Les malades guéris ou très améliorés doivent continuer des cures fréquentes d'Angioxyl sous peine d'être exposés à de nouvelles rechutes.

Nous espérons que l'utilisation de la vagotonine, qui semble être le médicament le plus rationnel dans les formes cliniques que nous venons de décrire, apportera associée à l'insuline ou à l'angioxyl la sécrétion pancréatique déficiente totale et provoquera des succès thérapeutiques plus complets.

4° SITUATION NOSOGRAPHIQUE

La mélancolie pancréatique que nous venons de décrire, nous paraît devoir rentrer dans le cadre de la mélancolie d'involution. Tous les malades que nous avons cités ont plus de 45 ans d'âge, ils en sont à leur premier accès. Chez des sujets plus jeunes, nos recherches ont été sans résultats.

Par ailleurs, nous avons eu l'occasion d'examiner deux malades que leur âge, leurs antécédents et leur

présentation clinique nous avaient fait étiquetées mélancoliques d'involution. Toutes les deux étaient vagotoniques, présentaient une tension artérielle stable, l'une normale, l'autre franchement basse, les examens biologiques ne donnaient pas les résultats que nous avons précédemment décrits et cette discordance dans l'orientation de nos recherches nous avait troublé. Très tardivement et par hasard nous apprîmes que l'une d'elles avait déjà fait à l'âge de 23 ans un accès identique. L'autre, au bout de deux mois de mélancolie entra dans une phase franche d'agitation maniaque.

D'ailleurs, si l'on relit avec attention la remarquable thèse de Gaußen sur la mélancolie présénile (Paris 1911), on retrouve de nombreux cas de glycosurie légère et variable parmi les observations qu'il cite.

A la Société clinique de médecine mentale, dans sa séance de février 1930, MM. Chatognon, Trelles et Ballarin présentaient sous le titre de : « Troubles de l'utilisation et de l'élimination des corps azotés et hydrocarbonés dans 2 cas de psychose involutive post-méiso-pausique » deux malades âgées de 65 et 61 ans, mélancoliques anxieuses, hyperglycémiques avec légère glycosurie.

A la séance de la Société de Psychiatrie du 23 mars 1930, MM. Schiff et Trelles citaient « les effets de l'Angioxyl dans la mélancolie avec anxiété », dans leur exposé nous trouvons l'observation d'une mélancolique de 56 ans avec hypertension artérielle. MM. Meignant et Cossa rapportent également 2 observations : l'une concernant un homme de 56 ans, l'autre une femme de 46 ans, tous deux sympathicotiques et chez lesquels une série d'angiolxyl a fait disparaître les phénomènes d'anxiété.

La mélancolie pancréatique est une forme de la mélancolie présénile et nous croyons, d'après les recherches que nous poursuivons, qu'elle en est une forme fréquente.

Le Pancréas, glande essentielle dans l'équilibre neuro-psychique devient déficiente dans son fonctionnement général, à la faveur du processus sclérosant de tous les

organes à la période d'involution. Selon l'importance de sa dégénérescence, de son insuffisance et à la faveur de prédispositions particulières naissent les réactions mélancoliques.

**

En terminant cet article, nous pouvons nous demander, à la suite de quelles réactions biologiques agit l'insuffisance pancréatique et les extraits de cette même glande sur l'état mental du sujet. Je crois qu'il faut en chercher l'explication dans les travaux de D. Santenoise, comme le disait si parfaitement M. Tinel à la société de psychiatrie.

Les recherches de D. Santenoise lui ont permis de conclure que le pancréas secrète une substance, véritable hormone excitante (vagotonine) dont la présence dans le sang est nécessaire au maintien du tonus parasympathique et conditionne son excitabilité. Le pneumogastrique à son tour régit par l'action excito-secrétoire qu'il exerce sur l'appareil thyroïdien la production et la mise en circulation d'une substance dite harmozone qui semble jouer un rôle fort important dans les échanges cellulaires et accroît en particulier la susceptibilité de l'organisme à la peptone et aux poisons en général. Nous comprenons ainsi que l'insuffisance pancréatique crée en plus de l'hyperglycémie et de l'hypertension artérielle, de l'hypovagotonie avec hypersympathicotonie compensatrice et dysthyroïdie et provoque ainsi un état de moindre résistance de l'organisme en général et des cellules nerveuses en particulier vis-à-vis des toxines endogènes particulièrement importantes à l'époque de l'involution.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 NOVEMBRE 1930

Présidence : Dr CAPGRAS, président

MM. Abély P., Abély X., Allamagny, Bonhomme, Buvat, Collet, Lauzier, Mme Minkowska, M. Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

En l'absence des secrétaires, le Président donne lecture de la correspondance et du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté et prie M. Paul Courbon de bien vouloir prendre place au bureau et assumer le secrétariat de la séance.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre du professeur Naville, de Genève, remerciant la Société de l'avoir élu *membre associé étranger*.

Une lettre du Docteur VIÉ, médecin-chef de l'Asile de la Charité-sur-Loire, qui pose sa candidature à une place de *membre correspondant*. Une commission composée de MM. Laignel-Lavastine, Th. Simon et Beaudouin, rapporteur, est nommée pour l'examen de cette candidature.

Une lettre du Secrétaire de l'Association professionnelle des journalistes médicaux français, priant qu'on lui envoyât pour être publiés dans le *Bulletin* de l'Association, le résumé des œuvres et la photographie du Docteur Henri Colin, qui était membre du Conseil de famille de cette Association.

Une lettre de M. Christian Dorcy, secrétaire de rédaction de la revue : *La Race et les Mœurs*, éditée *Au Roseau*, 26, rue de Pétrograd, demandant l'échange avec les *Annales médico-psychologiques*.

Une lettre du Docteur René Charpentier qui, chargé le 8 novembre 1930, par le Comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques*, de faire paraître celles-ci jusqu'à l'élection du Rédacteur en chef, demande que, pour hâter la publication des travaux antérieurs à la réforme de la Société, prévue pour janvier prochain, les auteurs veuillent bien remettre leurs manuscrits au bureau, le jour même de la séance où ils prennent la parole.

Une autre lettre du Docteur René Charpentier, adressée celle-ci au Trésorier et lui annonçant qu'en sa qualité de Secrétaire général permanent du Congrès des aliénistes et neurologistes et en agissant conformément aux décisions du Comité permanent, il lui envoie un chèque de mille francs, prélevés sur la subvention obtenue par le Congrès, par l'intermédiaire de la Société, et où il exprime la reconnaissance du Comité permanent pour l'intérêt et le concours qu'une fois de plus la Société médico-psychologique a ainsi témoignés au Congrès.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La Société se réunit en Assemblée générale pour discuter le projet établi par la Commission de la Société médico-psychologique pour la fusion des trois sociétés psychiatriques.

Cette Commission formée de MM. Capgras, Claude, H. Colin, Guiraud, Minkowski, R. Mallet, Pactet, Sémelaigne, René Charpentier et Fillassier, s'était préalablement mise en rapport avec la Commission nommée par la Société clinique de médecine mentale composée de M. Marchand, Capgras, Colin, Fillassier, Collet, Courbon, Raoul Leroy et René Charpentier, et avec la Commission nommée par la Société de Psychiatrie composée de MM. Toulouse, Delmas, Lhermitte, Tinel, Baruk, Vinchon, Nathan, René Charpentier et Laignel-Lavastine.

M. Capgras, président, donne lecture du projet que voici :

**PROJET établi par la Commission
de la Société Médico-Psychologique
pour la fusion des trois Sociétés Psychiatriques**

La Société Médico-Psychologique estime, comme les deux autres sociétés psychiatriques de Paris, qu'il serait à tous points de vue désirable qu'il n'existaît qu'une seule société, ayant son siège à Paris, et réunissant les médecins qui s'intéressent à l'étude et au traitement des états psychopathiques.

Elle a nommé une commission chargée de se mettre en rapport avec les commissions élues par les deux autres sociétés pour étudier les moyens de réaliser cette fusion (séance de juin 1930).

Après avoir mûrement étudié les différentes solutions possibles, la Commission élue par la Société Médico-Psychologique a établi un projet qui a recueilli l'assentiment unanime des trois Commissions et doit être maintenant soumis à l'approbation des trois Sociétés :

Ce projet est basé sur les dispositions suivantes :

I. — La dissolution simultanée de la Société clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie.

II. — La consolidation de la plus ancienne des trois Sociétés : la Société Médico-Psychologique, reconnue d'utilité publique, d'un passé de plus de 80 ans, et dont le Bulletin (*Annales Médico-Psychologiques*) constitue depuis cette date une collection ininterrompue, véritable histoire de la Médecine mentale française.

III. — Quelques modifications au règlement et, si nécessaire, aux statuts de la Société Médico-Psychologique, notamment :

1° L'augmentation du nombre de ses membres titulaires, nombre qui serait porté à 70.

2° L'admission exceptionnelle d'emblée comme membres titulaires, par une élection globale, de tous les membres des deux autres Sociétés, présentant l'un des titres suivants : Membre de l'Académie de Médecine, —

Professeur des diverses Facultés de l'Université de Paris ou de l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce), — Professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, — Professeur à l'Ecole d'Anthropologie, — Médecin-Chef des Asiles de la Seine, — Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière, — Médecin des Hôpitaux de Paris.

Pour être élus, ces membres devront poser leur candidature au titre de membre titulaire (ou de membre honoraire) de la Société Médico-Psychologique, avant le 15 décembre 1930.

3° Pour compléter à 70 le nombre des membres titulaires, pourront être élus également les membres des deux autres Sociétés, qui, ne figurant pas dans les catégories précédentes, seront présentés, en nombre égal, par chacune des deux Sociétés en dissolution.

4° Tous les autres membres français des deux Sociétés dissoutes, qui n'auront pas été l'objet des deux élections précédentes, pourront, sur leur demande, faire partie de la Société Médico-Psychologique, soit à titre de membre honoraire s'ils répondent aux conditions indiquées plus haut, soit à titre de membre correspondant.

L'élévation à 70 du nombre des titulaires doit, au cours des années suivantes, permettre aisément d'admettre au titulariat ceux de ces membres correspondants qui s'intéressent activement à la Médecine Mentale ou aux recherches psychologiques et biologiques de la Psychiatrie.

5° Les membres correspondants étrangers ou associés étrangers des deux Sociétés dissoutes seront admis au titre de membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique, à condition d'en faire la demande dans le premier semestre de 1931.

6° La Société Médico-Psychologique tiendra chaque mois une deuxième séance, séance de clinique et d'études bio-psychiatriques, dont le siège, d'ailleurs variable en principe, pourrait être dans un des Hôpitaux, Asiles ou Laboratoires de Paris ou du département de la Seine.

7° La cotisation des *membres titulaires* de la Société

Médico-Psychologique sera élevée dans la mesure nécessaire à assurer la publication intégrale des comptes rendus des deux séances mensuelles.

La cotisation des membres *correspondants nationaux* comportera uniquement l'abonnement obligatoire aux *Annales Médico-Psychologiques*.

Les *membres honoraires* et les *membres associés étrangers* ne paient pas de cotisation, et leur abonnement aux *Annales* est facultatif, bien que désirable.

8° Les *Annales Médico-Psychologiques* augmenteront la place réservée, dans le Bulletin, aux comptes rendus de la Société Médico-Psychologique, afin que les travaux des deux séances mensuelles puissent figurer dans chaque numéro avec tout le développement nécessaire.

9° L'actif éventuel des deux Sociétés dissoutes sera versé à la Société Médico-Psychologique ; le passif, s'il y en a, restant naturellement à la charge de chaque Société.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Capgras, Piéron, Demay, Delmas, René Charpentier, Courbon, Heuyer, Fillassier, Laignel-Lavastine, Semelaigné le projet est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 18 heures 30.

Deux cas d'encéphalites psychosiques aiguës post-puerpérales

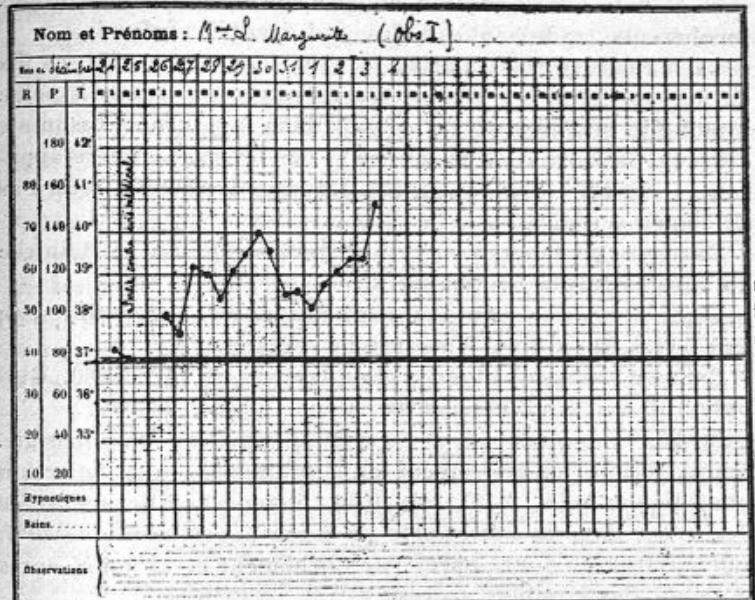
par MM. E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS

La pathogénie des psychoses post-puerpérales est mal déterminée. On attribue d'habitude à l'infection utérine un rôle important dans la production des accidents mentaux et nerveux. Mais quel est l'agent causal, quel est son mode d'action, quelles sont les lésions du système nerveux, voici autant de questions encore bien obscures.

Nous apportons à la discussion deux observations à

la fois cliniques et anatomo-pathologiques qui nous permettront des considérations nouvelles relatives à ces états post-puerpéraux.

OBS. I. — Mme L... Marguerite, 31 ans, entre le 25 décembre 1928 à l'hôpital Henri-Rousselle, pour un état confusionnel consécutif à un accouchement survenu le 19 décembre. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ; père rhumatisant ; mère asthmatique ; une sœur bien portante. La



malade, sauf une grippe grave en 1918, n'a pas présenté de maladie sérieuse. Elle a toujours été « très nerveuse ». C'est sa première grossesse et, depuis le début, sa nervosité a augmenté ; elle craint l'accouchement, pensant à la difficulté de celui de sa sœur, survenu l'année précédente ; mais ces troubles restèrent assez légers pour ne motiver ni soins médicaux, ni hospitalisation.

L'accouchement a été très long (2 jours) ; une épisiotomie a dû en outre être pratiquée. Pendant l'accouchement, la malade s'est montrée très nerveuse. Rassurée par la naissance d'une fille vivante, tout paraît devoir s'apaiser quand, 4 jours après, des crises d'anxiété apparaissent. Elle réclame son enfant, veut le voir à tout instant. Craint de n'avoir pas

assez de lait pour le nourrir, s'effraye lorsqu'on lui annonce qu'il a des convulsions. Elle ne dort plus, refuse de s'alimenter. A l'entrée dans le service, on la trouve légèrement confuse, mais cohérente, expliquant ses craintes, en partie motivées, sa nervosité. Mais toute la nuit elle crie, demande à partir chez elle, elle pleure, a peur de mourir, a peur pour la vie de sa fille, a peur de devenir folle. Apyrexie. La famille la retire contre avis médical le lendemain de son entrée. Mais l'état s'aggrave très rapidement et, lorsque la malade est ramenée le lendemain matin, on note une confusion globale avec agitation motrice violente, anxiété, propos incohérents traduisant un désarroi mental profond.

La malade se roule par terre, crie, frappe, arrache ses fils de suture. Le refus d'aliments est presque total, à peine prend-elle quelques verres de lait dans la journée. Insomnie absolue. Sécheresse de la langue et des lèvres. La fièvre apparaît et oscille entre 38° et 40°. Réflexes tendineux vifs. Pas de signes oculaires.

Examens de laboratoire : Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,70.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,22 ; globulines, 0; leucocytes, 2. Bordet-Wassermann négatif.

Examen hématoïlogique : globules rouges, 5.200.000. Globules blancs diminués : 2.900. Hémoglobine, 90 0/0.

Le 28, la malade est conservée au pavillon de chirurgie. Soins locaux et traitement au sulfarsénol (une injection quotidienne 0,15, 0,18 puis 0,30, 5 jours). Elle meurt le 3 janvier, dans la nuit, après un coma hyperthermique 40°7, soit environ 15 jours après l'accouchement et 12 jours après le début des troubles graves.

AUTOPSIE

Examen macroscopique. Système nerveux. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale de la boîte crânienne. Suffusions sanguines diffuses pie-mériennes. Congestion du cerveau. L'hémisphère droit pèse 580 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe pèsent 150 gr.

Organes. — On ne note rien de particulier, si ce n'est une muqueuse utérine infiltrée et épaissie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Système nerveux. Méninges et cortex. — Suffusions sanguines méningées sans infiltrations embryonnaires.

Coloration diffuse du corps des cellules pyramidales ; prolongements peu apparents ; noyaux excentriques. Ces lésions cellulaires sont diffuses. Dans la substance blanche sous-corticale, capillaires gorgés de sang. Nombreuses hémorragies miliaires. Au niveau des régions motrices, les capillaires sont bordés de cellules rondes et par places de groupements cellulaires comprenant dix à douze éléments. Dans les couches profondes du cortex, quelques cellules présentent de la satellitose.

Noyaux gris centraux. — Mêmes lésions cellulaires, quelques vaisseaux sont atteints de périvascularite.

Cervelet. — Hémorragies diffuses intra-pie-mériennes. Coloration floue de toutes les cellules de Purkinge. Hémorragies capillaires disséminées.

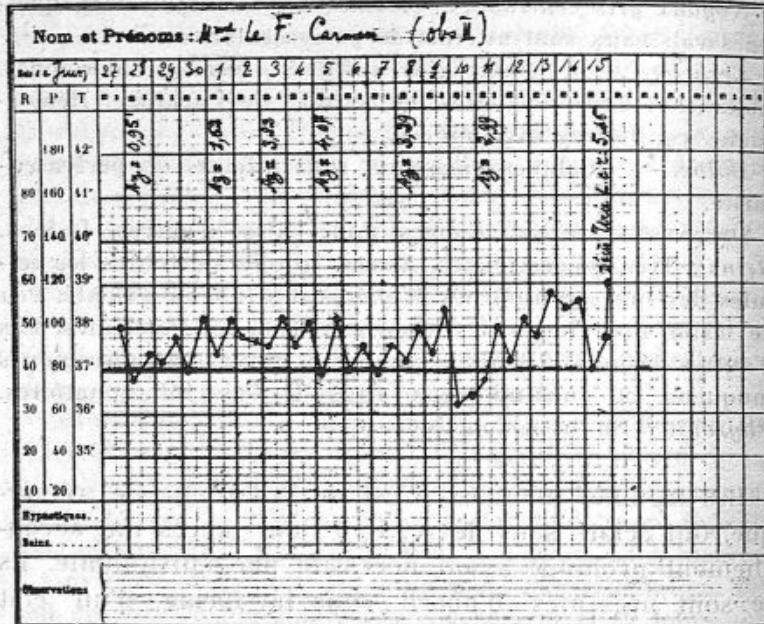
Bulbe. — Quelques vaisseaux sont atteints de périvascularite.

ORGANES. — *Foie* : Congestionné. Pas d'autres lésions. *Reins* : Très congestionnés. Aspect trouble de toutes les cellules des tubes contournés et même des tubes de Henlé. Peu de lésion des glomérules. *Ovaire* : Très congestionnés. Pas d'autres lésions. *Utérus* : Nombreux foyers hémorragiques muqueux et sous-muqueux sans lésions inflammatoires. *Thyroïde* : En hyperfonctionnement.

Les troubles mentaux, c'est un fait digne de remarque, ont éclaté sans fièvre, le 4^e jour après un accouchement prolongé ayant nécessité une épisiotomie. Ils se sont présentés d'abord sous la forme d'un état anxieux et rapidement ont pris l'aspect du délire aigu. Les lésions d'encéphalite inflammatoire avec altérations cellulaires profondes sont diffuses dans tout l'encéphale sans que l'on puisse mettre en évidence d'éléments figurés ou microbiens. Comme lésions des principaux organes, nous avons trouvé les parois utérines infiltrées de nombreux foyers hémorragiques.

OBS. II. — Mme Le F... Carmen, 23 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 27 juin 1929, venant de l'hôpital Bucicaut, pour un état de confusion apparu 8 jours environ après un accouchement. C'est une primipare, sans antécédents pathologiques héréditaires ou personnels à retenir. La grossesse et l'accouchement (15 juin) s'étaient passés sans incident. L'enfant est bien portant.

Quelques jours après l'accouchement, surviennent des modifications du caractère, des craintes imprécises et bientôt s'installe un état de confusion mentale avec agitation. La malade ne peut être gardée dans une salle commune, elle est constamment en mouvement, se jette par terre, se roule, agite bras et jambes. Elle conserve habituellement un mutisme absolu ou gémit. Dès l'entrée, l'alimentation est difficile, le gâtisme constant, il existe un début d'escarre fessière.



La malade ne s'intéresse à rien, paraît ne pas reconnaître ses parents, le médecin, les infirmières habituelles. Elle reste parfois somnolente au lit ; plus souvent on la trouve demi-nue ou enveloppée de ses draps qu'elle déchire, se roulant par terre, ou bien elle fait à genoux, durant des heures, le tour de son lit. Elle s'oppose à toute investigation. Il n'y a pas de troubles notables des réflexes tendineux et pupillaires. L'amaigrissement est rapide malgré les hautes doses de sérum glucosé et l'alimentation liquide qui se fait, dans les jours qui suivent l'entrée, un peu plus facile.

On signale quelques pertes vaginales sanguinolentes et fétides. L'examen gynécologique révèle une légère infection utérine. Outre un traitement local, le chirurgien (Pr. Mauclaire) prescrit des injections de sulfarsénol.

Mais l'état se modifie peu, malgré une ébauche d'amélioration clinique. Le 10 juillet, on constate le même état d'agitation avec parfois cris continus, surtout lorsqu'on pénètre dans sa chambre. L'escarre fessière s'est étendue et suppure abondamment. On note un affaissement de l'état général ; pourtant l'agitation va continuer encore deux à trois jours jusqu'à l'approche du coma qui aboutit à la mort, le 15 juillet. Décès 1 mois après l'accouchement et 20 jours après l'apparition des premiers troubles mentaux.

Outre les soins locaux, la malade a reçu comme traitements alternés : urotropine sous-cutanée (5 gr. par jour), sulfarsénol à doses croissantes, puis sérothérapie antistreptococcique, qui parut amener une baisse de la fièvre et coïncida avec une amélioration clinique apparente (5 au 12 juillet).

Les examens de laboratoire donnèrent les renseignements suivants :

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang : négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : tension, 44 ; albumine, 0,25 ; globuline, 0 ; leucocytose normale. Benjoin : 00000.02221. 00000 Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Les urines, après plusieurs essais, ne purent être recueillies que par sondage. L'agitation de la malade provoqua une petite hémorragie et les urines (habituellement claires) furent teintées de sang. Leur teneur en albumine est donc sans valeur. Pas de sucre ; urée : 17 gr. 3 0/00. L'examen du pus d'un petit abcès formé à peu de distance de l'escarre montra après culture du staphylocoque.

Hémoculture négative (10 juillet).

L'azotémie, dès l'entrée, est augmentée ; 0,95 le 28 juin. Elle passe à 1 gr. 62 le 1^{er} juillet (pour un taux de cholestérol à 1 gr. 87), à 3 gr. 22 le 3 juillet, 4,07 le 5. Le 8, on note une baisse à 3 gr. 29, le 11 à 2,99, mais les chiffres s'élèvent rapidement quand approche la période terminale et le taux de l'urée du liquide céphalo-rachidien atteint 5 gr. 46 au moment du décès, le 15 juillet.

AUTOPSIE

Encéphale. — Rien de particulier à l'extraction du cerveau. L'hémisphère droit pèse 540 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe pèsent 160 grammes. Suffusions sanguines méningées diffuses. Adhérences des deux lobes frontaux entre eux à leur face interne. Aucune autre lésion.

Organes. — Le foie pèse 1.350 gr., il a un aspect légèrement jaune. Les autres organes ne présentent rien de particulier. Le rein droit pèse 120 gr. ; le gauche est du même poids.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Système nerveux. — Infiltration de la pie-mère dans quelques sillons.

Les cellules du cortex prennent une coloration diffuse par la méthode de Nissl. Vacuoles dans quelques-unes d'entre elles. Corps cellulaires diminués de volume ; noyaux excentriques.

Au niveau des lobes frontaux, infiltration diffuse et généralisée des capillaires de la substance blanche sous-corticale. Quelques cellules de la couche profonde du cortex présentent de la satellitose.

Noyaux gris centraux. — Mêmes lésions cellulaires. Quelques vaisseaux sont atteints de périartérite.

Cervelet. — Aucune lésion.

Pédoncules. — Quelques cellules du locus Niger sont en voie d'atrophie. Périvascularite.

Autour de l'Aqueduc de Sylvius, foyer d'encéphalite à la fois vasculaire et parenchymateuse.

Bulbe. — Légère périvascularite au niveau des corps restiformes.

On n'a observé aucun microbe ni inclusion cellulaire.

Reins. — Tout le parenchyme du *rein droit* est infiltré de petits abcès microscopiques, amas considérables de cellules mononucléées et de polynucléaires avec région centrale nécrosée. Dans ces zones, on rencontre par places quelques tubes et glomérule très altérés. Nombreux amas microbiens constitués par de petits cocci. Dans les régions situées entre les abcès microscopiques, infiltration diffuse du parenchyme par des cellules embryonnaires (néphrite purulente).

Le *rein gauche* ne présente qu'une congestion intense. Dégénérescence des cellules des tubes contournés.

Foie. — Congestion simple.

Rate. — Très congestionnée. Nombreux amas de cocci au milieu des nappes hémorragiques.

Utérus. — Muscleuse très hypertrophiée, très riche en vaisseaux gorgés de sang ; pas de lésions inflammatoires. La muqueuse n'est représentée que par des prolongements qui pénètrent dans la muscleuse. L'épithélium de ces invaginations paraît normal.

Ovaires. — Pas de lésions. Présence de nombreux follicules de De Graff.

C'est encore à la suite d'un accouchement normal, sans fièvre, que survinrent chez cette malade des trou-

bles mentaux qui prirent rapidement la forme du délire aigu. La mort survint 8 jours après le début des premiers symptômes psychiques. Les lésions encéphaliques sont diffuses et portent d'une part sur la pie-mère qui est légèrement infiltrée, sur les cellules nerveuses qui présentent une atrophie aiguë et de la satellitose dans les régions profondes du cortex, d'autre part sur de nombreux vaisseaux dont les parois sont entourées de cellules embryonnaires. Dans ces régions, siège de lésions inflammatoires et toxiques, on ne trouve aucun agent microbien. L'examen des organes, décèle des lésions de néphrite suppurée, tandis que les parois utérines ne présentent aucune trace de foyers septiques.

**

Nous n'insisterons pas sur le tableau clinique, c'est celui du délire aigu, bien connu de tous, ni sur la symptomatologie biologique que nous avons décrite dans un publication antérieure intitulée : *l'Encéphalite psychosique aiguë azotémique* (1).

Nous ferons cependant remarquer ici encore l'absence de symptômes neurologiques.

Plusieurs constatations sont à retenir :

1° L'absence d'agents microbien ou d'inclusions cellulaires dans les centres nerveux. Si un agent infectieux peut être soupçonné, il semble qu'il doive agir sous forme de virus filtrant que nous n'avons pu mettre en évidence.

2° Les lésions du système nerveux sont à la fois destructives et inflammatoires. Comme nous l'avons fait remarquer dès nos premiers travaux sur les encéphalites psychosiques, les altérations vasculaires ont pour siège électif les dernières couches corticales des lobes frontaux et pariétaux; la substance blanche sous-corticale et le bulbe.

Dans les dernières couches corticales, les cellules nerveuses en voie d'atrophie sont entourées d'une collerette abondante de cellules rondes (satellitose).

(1) *Presse Médicale*, 12 avril 1930.

Quant aux lésions des cellules ganglionnaires, il s'agit d'altérations aiguës à évolution atrophique rapide. Elles sont plus diffuses que les lésions vasculaires et c'est la raison pour laquelle elles ont été d'abord et mieux observées que ces dernières. Le processus destructif plaide en faveur d'un facteur toxinique qui accompagne l'agent infectieux.

Faisons remarquer enfin que dans un cas (Obs. I) on ne trouve pas de lésion importante des organes, dans l'autre (Obs. I) on observa une néphrite aiguë suppurée (rein droit).

Ainsi, l'anatomie pathologique nous apprend qu'il s'agit dans ces cas d'une encéphalite, mais elle est incapable de déterminer la cause du processus inflammatoire et toxique.

S'agit-il de l'action directe sur les centres nerveux d'un agent microbien visible ou filtrant répandu dans l'organisme à partir de la vaste plaie utérine, ou bien s'agit-il d'un virus peut-être banal agissant électivement sur le système nerveux, par biotropisme, à la faveur du choc puerpéréal ? Ce sont seulement là des hypothèses et qui se posent à propos de toutes les encéphalites psychosiques.

*(Travail de l'hôpital psychiatrique Henri-Rousselle,
Médecin-directeur : Dr Toulouse)*

DISCUSSIONS

I. Communication Marchand et Courtois sur l'encéphalite infectieuse.

M. HEUYER. — Les auteurs ont-ils employé le salicylate de soude en injections intraveineuses ? Cette thérapeutique que l'on prône comme une panacée dans toutes les encéphalites qu'elle qu'en soit leur nature, et qui est décrite dans les journaux quotidiens comme guérissant toutes les psychoses, ne m'a jamais donné aucun résultat, bien que je l'aie employée très fréquemment dans les encéphalites épidémiques et dans les autres encé-

phalites infectieuses, à des doses quotidiennes variant de 0,50 centigrammes à 3 gr. Ni les troubles neurologiques, ni les troubles mentaux n'ont été modifiés.

M. Achille DELMAS. — Moi aussi je n'ai eu que des échecs. Que ceux de nos confrères présents qui ont eu des succès nous disent comment procéder pour les obtenir.

M. COURTOIS. — Nos malades étaient trop agitées pour permettre des injections intraveineuses. Nous ne les avons traités que par l'uroformine et le sérum anti-streptococcique.

Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale

par MM. A. COURTOIS et P. MARESCHAL

Nous venons d'observer, à l'Hôpital Henri-Rousselle, chez trois malades atteintes de psychoses puerpérales des modifications du liquide céphalo-rachidien d'ailleurs légères dans deux cas.

Les psychoses consécutives à l'accouchement qui évoluent habituellement sous le type clinique de la confusion mentale avec réactions de type maniaque ou plus rarement anxiuses sont souvent accompagnées de fièvre et paraissent dans bien des cas devoir être rapportées à une infection dont la porte d'entrée serait la plaie utérine. Rappelons encore que si la prédisposition névropathique sur laquelle bien des auteurs ont insisté paraît en effet une cause fréquente de l'éclosion des troubles mentaux après ce traumatisme physiologique, dans d'autres cas presque aussi nombreux l'accouchement n'a pas évolué normalement (rupture prématuree des membranes, travail prolongé, application de forceps, épisiotomie, déchirure du périnée, rétention placentaire, curetage, etc...), tous facteurs favorables à une infection locale. D'ailleurs les deux éléments, prédisposition névropathique et infection, peuvent se rencontrer chez la même accouchée.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien sont relativement fréquentes dans les cas de confusion mentale d'origine variable (1).

Nous avons voulu savoir qu'elle pouvait être leur fréquence approximative au cours des confusions mentales immédiatement consécutives à l'accouchement.

Sur une soixantaine d'observations de puerpérales passées par le service de prophylaxie mentale, depuis son ouverture en 1922 jusqu'au début de 1930, nous avons trouvé seulement 15 examens du liquide céphalo-rachidien. Dans aucun de ces cas il n'existe de modifications méritant d'être retenues. Nous n'avons pas tenu compte des psychoses gravidiques ou gravido-puerpérales ou de l'allaitement.

Cependant de son côté, l'examen histologique du cerveau d'accouchées, décédées de confusion mentale aiguë, nous apprend que, outre les lésions d'encéphalite (satellitose, périvascularite), il peut exister une atteinte, légère d'ailleurs, de la pie-mère et quelques sillons de la corticalité peuvent être infiltrés de cellules embryonnaires (2).

Aussi, malgré leur rareté, les modifications du liquide que nous venons d'observer dans trois cas non suivis de mort, ne doivent pas nous surprendre ; elles confirment la possibilité d'une atteinte méningée dans ces encéphalites puerpérales, comme dans les autres formes d'encéphalite à symptomatologie surtout mentale.

Obs. I. — Mme H... Valentine, 25 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 27 juillet 1930, venant de la Maternité de Saint-Louis.

Première grossesse en 1927, normale, terminée par la naissance d'une fille bien portante. La seconde grossesse s'est

(1) A. COURTOIS. — De certaines modifications du l. c.-r. dans la confusion mentale. *Soc. Médico-Psychol.*, avril 1929.

R. DUPOUY, A. COURTOIS et J. DUBLINÉAU. — Syndrome méningé humorale au cours d'une confusion mentale fébrile. *Soc. cl. Méd. Ment.*, janvier 1930.

(2) E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Les encéphalites psychosiques secondaires. *La Presse Médicale* (pour paraître) et l'encéphalite psychosique puerpérée. *Soc. Méd. Psych.*, nov. 1930.

terminée le 12 juillet 1930, 15 jours avant le terme prévu par l'accouchement rapide et normal d'une fille pesant 5 livres. Mais des crises « éclamptiques » survinrent, la première 7 heures après l'accouchement ; on en compta 15 dans la journée qui suivit. Transportée à l'hôpital, la malade reste pendant 3 ou 4 jours dans une torpeur assez profonde, « comme dans un demi-rêve » dit la famille.

Puis elle parut plus lucide malgré la persistance d'un état confusionnel avec turbulence surtout nocturne. Retirée contre avis médical par la famille, qui la trouve améliorée, la malade s'agitte violemment dès le retour à son domicile et le lendemain doit entrer dans le service.

Antécédents : Père gazé de guerre, mort de tuberculose pulmonaire. Sa mère, bien portante, est la dernière d'une famille de 12 enfants. Une sœur de la malade a un bec de lièvre.

Elle-même n'a pas présenté de troubles avant sa seconde grossesse. Au cours de cette grossesse, elle aurait paru parfois « un peu bizarre » et c'est tout.

Dans le service, à l'entrée, on trouve la malade confuse, désorientée partiellement dans l'espace et le temps. Elle se sent toute bizarre, toute « transformée » ; il y a des choses extraordinaires autour d'elle. Elle paraît présenter des hallucinations auditives, se précipite à la porte demandant qui l'appelle par son nom. Elle a de fausses reconnaissances, elle a déjà vu le médecin à la maison F. et aussi bien des malades du service. Elle devient violente, cherche à griffer, à mordre ; elle crache dès qu'on approche. Son visage exprime la terreur, ses propos le désarroi ; elle ne sait où elle se trouve, se croit dans une maison de prostitution ; des femmes en chemise passent devant son lit ; des hommes, ses amants dit-elle, l'appellent.

Difficilement pratiqué, l'examen neurologique montre des réflexes tendineux vifs sans clonus ni signe de Babinski. Présence des réflexes abdominaux. Pas de paralysies oculaires apparentes. Pas de signes méningés.

Il existe un peu de fièvre pendant deux jours (38°, 38°5), puis apyrexie.

L'alimentation est très difficile ; la malade se dit empoisonnée ; elle invente les infirmières, les accuse de tous les crimes, de faire mourir par leurs manœuvres une honnête femme. Dès qu'on approche pour l'alimenter, elle devient grossière et violente ; d'autres fois elle se résigne : « Tuez-moi, tuez-moi tout de suite, vous serez contentes... »

Le sondage alimentaire est d'habitude nécessaire. Il a fallu

isoler la malade dans une chambre, mais elle y fait une tentative de suicide par strangulation. Maintenue fixée au lit, elle cherche constamment à se défaire du maillot et y arrive souvent. Les hypnotiques n'ont qu'une action passagère.

Après une quinzaine de jours de traitement (galactothérapie), l'état est le même ; la malade reste confuse, anxiuse, hallucinée, extrêmement violente et parfois pendant des heures elle pousse des hurlements de désespoir. Il faut l'interner le 14 août 1930. Transférée à Villejuif dans le service du Dr Marchand, que nous remercions d'avoir bien voulu nous tenir au courant de son état, elle présente toujours les mêmes symptômes et les mêmes réactions dangereuses, bien que l'état général soit devenu assez précaire (octobre 1930).

Les examens biologiques ont donné les résultats suivants : urines : albuminurie légère, 0 gr. 06 0/00, présence de sels biliaires. Urée : 40 gr. 30 par litre (7 août). Azotémie, 0,36 (28 juillet). Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Hématies : 3.780.000. Globules blancs : 7.200. Lympho. : 35 ; moyens monos : 5 ; grands : 5 ; polynucléaires neutrophiles : 54 ; éosinophiles : 1. Hémoglobine : 75. Valeur globulaire : 1 (12 août). (Dr Weissmann).

Les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien ont surtout retenu notre attention.

Dates	29-7-30	11-8-30
Tension	—	37
Albumine	0,50	0,60
Pandy	+	+
Weichbrodt	+	0
Leucocytes	6	12
Benjoin : 01110.22222.00000.		01100.22221.00000
Parégorique	0	00-0
Bordet-Wassermann	négatif	négatif
Meinicke	négatif	négatif

Donc hyperalbuminose et lymphocytose indiscutables, réactions des globulines positives, précipitation partielle du benjoin dans la zone dite syphilitique. On aurait pu supposer que les modifications observées à la première ponction étaient secondaires à un accident cérébral, peut-être d'ordre hémorragique — cause ou conséquence des accès convulsifs répétés suivis de

coma, et rangés dans le cadre de l'éclampsie — qui avaient marqué 7 heures après l'accouchement les débuts des phénomènes cérébraux.

Mais l'augmentation au second examen des modifications liquidiennes, notamment de la réaction albumino-cytologique paraissent s'opposer à l'hypothèse d'hémorragies cortico-méningées. Dans ces cas, en effet, le retour à la normale peut être très rapide et s'il n'est pas complet, l'atténuation des modifications est déjà très marquée après une, à plus forte raison, après deux semaines. Or, la première ponction fut pratiquée 17 jours, la seconde un mois après les accidents convulsifs.

Les modifications persistantes du liquide céphalo-rachidien semblent plutôt indiquer l'existence d'un processus méningé actif.

Il est permis de penser que ce processus est inflammatoire, on ne peut affirmer qu'il soit d'origine infectieuse.

On pourrait supposer aussi que les modifications du liquide sont indépendantes de l'état mental et antérieures à lui. Elles pourraient être rapportées en effet à une syphilis ignorée, peut-être à une syphilis héréditaire. La précipitation du benjoin dans la zone dite syphilitique plaide particulièrement en faveur de cette hypothèse. Mais la contamination acquise peut, semble-t-il, être éliminée. L'enquête auprès de la famille n'a rien permis de soupçonner, la malade n'a jamais subi de traitement par piqûres, elle a eu deux enfants normaux, les réactions spécifiques sont négatives dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien.

En faveur de la spécificité héréditaire, pas de stigmates cutanés, osseux ou dentaires, pas de polyléthalité infantile ; signalons cependant qu'une soeur a un bec de lièvre. Mais les altérations liquidiennes ne sont pas celles admises habituellement dans l'hérédo-syphilis où l'on observerait surtout une hyperalbuminose isolée.

D'ailleurs, comme aucun traitement spécifique n'a été institué, une 3^e ponction lombaire donnerait des renseignements utiles.

OBS. II. — Mme E... Haica, Russe, 27 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 4 octobre 1930, venant de la Maternité de Rothschild. Père et mère bien portants. 4 sœurs et 2 frères bien portants, 1 tué à la guerre. Primipare, grossesse normale à terme ; accouchement prolongé terminé par une application de forceps le 26 septembre. Garçon normal. Deux jours après, présente quelques idées vagues de persécution ; les voisines de lit lui en veulent, etc... Le 5^e jour, confusion mentale avec agitation. Au début du séjour dans le service, périodes de torpeur entrecoupées de phases d'excitation psychomotrice avec turbulence, cris, litanies, lacération de linge, violences. Gâtisme. Refus presque absolu d'aliments (alimentation à la sonde). Fièvre : 39°-40°. Etat général très précaire. Début d'escarre fessière. Persistance de l'état grave pendant 3 semaines, puis amélioration physique progressive ; reprise de l'alimentation spontanée. La fièvre qui a oscillé entre 39° et 40° les premiers jours, s'est maintenue ensuite autour de 39° pendant près de 15 jours pour s'abaisser en lysis à la normale dans les derniers jours d'octobre. Convalescence rapide. Sortie le 5 novembre 1930.

Les examens chimiques du sang (Mlle Russell) ont montré la rétention dans l'organisme des différents corps dosés, rétention portant spécialement sur l'urée et la cholestérolé.

DATES	URÉE	SUCRE	CHOLESTÉRINE	CHLORE	
				SÉRUM	PLASMA
5.10	0,72				
8.10	2,80	1,31	3,57	4,37	3,79
13.10	1,72	1,81	2,30		
18.10	1,22	1,51	2,05		
21.10					
Normales	0,20 à 0,40	0,80 à 1,20	1,50 à 1,80	3,65	2,75
8.10 (1)	2,07	1,13		5,54	
Normales	0,20 à 0,40	0,50 à 0,60		4,20 à 4,40	

Une culture du sang et du liquide sont restées négatives après 11 et 9 jours à l'étuve (Mlle Salomon).

Examen hématologique (Dr Weissmann-Netter) (8-10-30). Globules rouges, 4.700.000. Globules blancs : 15.000 avec

(1) Examen du liquide céphalo-rachidien.

89 0/0 de polynucléaires. Hémoglobine : 80 0/0. La réaction de Bordet-Wassermann du sang est deux fois négative ; celle de Meinicke, partiellement positive à deux examens successifs (6 et 13 oct.). Le fait pourrait s'observer chez des femmes enceintes ou récemment accouchées. D'ailleurs, la réaction de Kahn, plus sensible et plus spécifique que les deux autres, est négative le 13-10 (Mlle Salamon) (1). Deux ponctions lombaires ont été pratiquées.

8-10-30 (malade agitée).

Albumine : 0,20 ; Pandy : + ; Weichbrodt : + ; leuco. : 9,5 par mm³. (mononucléaires). Benjoin : 00000.22222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Le taux de l'albumine est le même à une seconde ponction (25-10) ; la réaction cellulaire a disparu : 0,3 éléments (2).

OBS. III. — Mlle Le Tr... Marcelle, 35 ans, couturière, entre le 17 octobre 1930 à l'Hôpital Henri-Rousselle, venant de la Maternité (Pr^r Rudaux).

Antécédents : Père alcoolique mort à 44 ans de tuberculose pulmonaire. Mère morte jeune d'une affection indéterminée. Une sœur bien portante. Deux sœurs mortes de méningite vers 20 mois. Un frère mort à 17 ans de tuberculose pulmonaire.

Elle-même n'a jamais eu de maladies graves, pas de convulsions de l'enfance. Sans avoir manifesté de troubles mentaux caractérisés, elle fut toujours autoritaire et susceptible.

Primipare, grossesse normale, mais choc moral causé par le départ de son ami, qui l'abandonna en emportant ses économies. Son ami est un déserteur qui fut d'ailleurs bientôt arrêté après un nouveau vol.

Accouchement à terme, normal (5 octobre) d'un garçon bien portant. Suites normales. Dès les jours suivants apparaissent des idées de persécution qui vont bientôt se préciser. On lui en veut, on se moque d'elle, on est jaloux d'elle. On « lui cherche des rognons ». C'est la malade 2 bis qui lui en veut et aussi la 5 et la 7. Le soir, elle va dire à ses voisines de porter plainte contre les malades qu'elle désigne.

Ces idées de persécution s'accompagnent d'accès d'agitation et de violences qui nécessitent l'entrée à l'Hôpital, Henri-Rousselle.

(1) Un nouvel examen de sang (28-11-30) a montré les trois réactions (Wassermann, Meinicke et Kahn) négatives.

(2) Il a été prélevé peu de liquide à cette seconde ponction et les autres réactions habituelles n'ont pu être pratiquées.

Dans le service, on la trouve d'abord confuse, mal orientée, donnant difficilement les dates précises, surtout récentes. Calme dans la journée, elle est très turbulente pendant la nuit.

L'examen neurologique est négatif. Réflexes tendineux normaux ; pupilles égales, régulières et réagissant à la lumière. Pas de signes méningés. A noter cependant quelques céphalées. Température : 37°5-37°8. Au bout de quelques jours, l'état confusionnel s'estompe pour être remplacé par une excitation psycho-motrice avec logorrhée, hostilité, récriminations et turbulence diurne. La malade va et vient, se lave toute la journée, prétend s'occuper de tout et commander à tous. Mobilité de l'humeur, crises de pleurs et de désespoir ; plaintes contre le personnel, indocilité, colères. Cet état lui-même s'apaise ; le sommeil revient peu à peu. La malade s'occupe, aide au ménage, fait des travaux de couture. Elle sort convalescente le 10 novembre 1930.

Examens biologiques : azotémie, 0,26 ; Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Liquide céphalo-rachidien : tension, 40-10 ; albumine, 0,20 ; Pandy, 0. Weichbrodt : 0. Leuco. : 7 par mm³. Benjoin : 00000.02221.10000. Parégorique : 0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Il existe donc une lymphocytose légère mais indiscutable, sans augmentation du taux de l'albumine mais accompagnée d'un allongement discret de la précipitation du benjoin dans la zone dite méningitique.

Nous rapportons seulement ces faits qui viennent s'ajouter à ceux, nombreux maintenant déjà, de confusion mentale avec réaction méningée humorale sans vouloir les interpréter. Dans les psychoses puerpérales ils viennent confirmer les constatations anatomiques que rassemble de son côté notre maître le Dr Marchand. La méninge est parfois inflammée comme le parenchyme sous-jacent, certains fonds de sillon sont infiltrés de cellules rondes. On peut donc espérer mettre un jour en évidence dans le liquide rachidien de ces malades, l'agent causal de l'inflammation cérébro-méningé par des méthodes sérologiques, des cultures ou des inoculations aux animaux de laboratoire.

*(Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle
Médecin-directeur : Docteur Toulouse)*

Syndrome démentiel d'allure paralytique post-traumatique. La pseudo-paralysie générale traumatique.

par MM. R. DUPOUY et A. COURTOIS

La pratique de la ponction lombaire chez les psychopathes, en particulier lorsque la paralysie générale peut être suspectée cliniquement, montre qu'à côté des cas où il y a concordance entre le syndrome paralytique clinique et le syndrome paralytique humoral, il en est d'autres où le syndrome humoral est absent.

De ces cas, les uns se rapportent bien à une méningo-encéphalite syphilitique, mais dont le caractère évolutif s'est atténué spontanément ou bien plus souvent sous l'influence des traitements (malariathérapie, chimiothérapie).

D'autres fois, il s'agit de *pseudo-paralysie générale* (Klippel) de pathogénie variée (pseudo P.G. arthritique, alcoolique, saturnine...).

Nous rapportons aujourd'hui deux observations où c'est un traumatisme qui paraît la cause du syndrome démentiel dont l'installation se fait progressivement dans les mois et les années qui suivent le trauma crânien (1).

OBS. I. — Th... Antoine, 53 ans, échantillonneur de papiers peints, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 24 octobre 1930 avec le diagnostic de paralysie générale.

Antécédents : Grand-père alcoolique. Père alcoolique (absinthe), mort à 45 ans d'une affection cardiaque. Mère morte de tuberculose pulmonaire à 30 ans.

Une sœur présente une hémiplégie cérébrale consécutive à des convulsions survenues à deux ans.

Un frère épileptique est mort à Ville-Evrard vers 20 ans. Notre malade n'a présenté dans l'enfance ni convulsions, ni

(1) Pour la bibliographie voir la Thèse de P. Masquin, inspirée par P^r Fribourg-Blanc. *Syndromes confusionnels post-traumatiques* (à paraître prochainement).

maladies graves. Il est marié ; il a une fille de 25 ans, normale, elle-même mariée et mère d'une fillette bien portante. Th... a toujours été parfaitement sobre.

Pendant la guerre, à Verdun, en 1917, commotion grave sur laquelle ni le malade, ni la famille n'ont pu nous donner de renseignements précis. Nous savons seulement qu'après une perte de connaissance prolongée, dont la durée même approximative n'est pas connue, le malade a présenté une période de confusion mentale avec hallucinations visuelles, fausses reconnaissances, excitation violente qui nécessita l'isolement et dura près d'un mois.

Ensuite Th... ne put rejoindre son corps et fut désigné pour l'instruction des recrues.

Il avait également été gazé.

Depuis la guerre, sa femme le trouva toujours sombre, causant peu, s'intéressant moins à l'entourage. Mais il continua régulièrement son travail.

Il y a 4 ans, nouveau traumatisme crânio-facial ; chute accidentelle de bicyclette ; plaie de l'arcade sourcilière gauche, obnubilation intellectuelle consécutive qui persista toute la journée. « Il était comme assommé » nous dit-on. C'est il y a un an que la famille et surtout le patron remarquèrent des modifications nouvelles graves dans son comportement. Il se trompait, oubliait les commandes ou les clients, coupait le papier de travers ou bien s'amusait à le déchiqueter en petits morceaux. Il collectionna de vieux tickets de métro. S'étant plaint de douleurs vagues dans la région du foie, il dit qu'il avait une boule dans le ventre ou un microphone, ou bien le ver solitaire. Possibilité d'accident épileptique : chute de bicyclette il y a 3 mois sans motif ; revient chez lui, couvert de boue, les habits déchirés et ne peut expliquer ce qui lui est arrivé.

A l'examen : faciès inexpressif ; traits tombants ; paraît comme endormi, stuporeux, reste immobile dans son lit et ne parle pas spontanément. Il ne s'intéresse à rien. Un jour, seulement, comme des maçons percent une cloison dans le dortoir, et que des débris de plâtre sautent jusque sur son lit, il paraît intéressé, se lève sur son séant, regarde un peu, sourit, puis se recouche. Démarche de parkinsonien.

Si on l'interroge, le déficit mnésique est évident ; de plus, les réponses sont lentes ; souvent la même question doit être posée plusieurs fois. Il ignore l'année, la date, le mois ; les faits importants sont oubliés ; il ne sait pas où il se trouve et ne s'en inquiète nullement. Nombreuses erreurs dans la table de multiplication et les calculs simples. Indifférence

affective ; pas de manifestation de plaisir ou d'ennui lors des visites de sa famille. Suggestibilité : il accepte comme exacte la chute de la tour Eiffel qu'on lui annonce ; de même, on peut le marier tous les jours avec une nouvelle infirmière. D'ailleurs, il ne se sent pas malade « puisqu'il marche bien » et accepte de diriger des ouvriers à condition que ce soit « dans sa partie ». Amnésie de fixation. Pas de fabulation, pas de fausses reconnaissances.

S'alimente seul, est propre.

Outre l'affaissement des traits du visage, on note les signes objectifs suivants : dysarthrie manifeste aux mots d'épreuve ; exagération de tous les réflexes tendineux qui sont égaux, sans clonus ni signe de Babinski.

Tremblement léger des doigts. Inégalité pupillaire (droite plus grande), légère avec myosis et diminution des réflexes lumineux. Papilles pâles. Pas de stase (Dr Potiquet). Hyper-excitabilité labyrinthique (Dr Vincent).

Dysgraphie avec troubles calligraphiques et psychographiques.

Tension artérielle : 15 1/2-8 (Pachon). Ind. oscill. : 2.

Uries normales (traces d'urobiline). Azotémie : 0,42.

Les réactions de la syphilis sont négatives ; elles le restent après réactivation (Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn).

Ponctions lombaires :

DATES	TENSION	ALB.	GLOBULINES	LEUCO.	BENJOIN	PAR.	B. W.	MEIN.
25.10.30	38-27 (assis)	0,22	0	0,3	00000.02221.00000		0	0
15.11.30	49 (assis)	0,30	0	0,8	00000.01221.00000	0-0	0	0
	23-10 (couché)							

La seconde ponction a été pratiquée après réactivation ; la tension du liquide, spécialement étudiée, est normale en position assise comme en position couchée.

Examen hématologique (Dr Weissmann-Netter). — Glob. r., 5.150.000 ; gl. bl., 6.400, dont la formule est : lympho. :

14 ; moyens mono. : 9 ; grands : 4 ; polynucl. neutrophiles : 71 ; hémoglobine : 90 0/0.

Radiographie du crâne. — Rien d'anormal sauf une selle turcique en apparence fermée ; aspect rare mais non pathologique (Dr Misset).

L'examen de psychologie expérimentale (Mlle Weinberg) précise la déchéance intellectuelle, âge mental, 7 ans. Quotient d'intelligence : 44, équivalent à l'imbécillité.

L'état du malade n'a pas varié depuis son entrée.

Ainsi chez un malade à héritéité chargée (père et grand-père alcooliques) apparaît à 52 ans un état démentiel avec symptômes neurologiques qui en imposent pour une méningo-encéphalite syphilitique. Traumatisme grave une dizaine d'années avant, nouveau trauma 7 ans après. Depuis le premier suivi d'un épisode confusional sérieux, modifications du caractère sans trouble de l'activité professionnelle.

OBS. II. — Mme L... Marcelle, 37 ans, entre à l'Hôpital Henri-Rousselle le 14 mars 1929, avec le diagnostic de paralysie générale. Rien de notable à retenir dans ses antécédents éloignés. Ni enfant, ni fausse-couche. Signalons qu'elle n'a jamais fait d'excès alcooliques. Normale jusqu'à un traumatisme grave il y a 3 ans (accident d'auto) avec perte de connaissance, dont la durée n'a pu nous être précisée, la malade présente depuis des crises convulsives épileptiformes, rares d'ailleurs. Depuis environ deux ans, dégradation progressive de l'intelligence. Incapacité à tenir son ménage, erreurs dans ses commissions, oubli, amnésie de fixation ; arrivée chez le commerçant, ne sait plus ce qu'elle venait acheter et doit revenir le demander chez elle. A perdu plusieurs fois son porte-monnaie. Générosité pathologique ; distribue son argent sur le marché aux gens qui se trouvent près d'elle. Finalement, on ne peut plus la laisser sortir seule ; elle se perd, ne retrouve plus les boutiques où elle se rend quotidiennement, ni même son propre domicile.

Inactivité complète, inertie, absence de spontanéité. Passe son temps au lit ou immobile dans le coin d'une pièce. Les sentiments affectifs sont de même émoussés.

Dans le service, même tableau, inertie, désintérêt, immobilité. Ne retrouve pas toujours son lit. Très grande lenteur des réponses si on l'interroge. Impossibilité à former une phrase. Réponses très imprécises. Son accident ? « J'avais

pris une voiture... On nous a renversé. » Ne sait plus ce qui s'est alors passé, a oublié la date, l'année même de l'accident.

Elle ignore aussi la date, le mois et l'année présente, dit seulement que c'est « au présent » ou « à présent » et que ce n'est pas l'hiver. Ne sait où elle se trouve, peut-être la radio (?). Difficulté ou impossibilité à nommer les objets assez peu usuels (stylo). Elle est incapable d'exécuter des ordres un peu compliqués, d'effectuer l'épreuve des trois papiers ; après un essai, elle s'arrête bientôt et dit d'un ton monotone : « Je ne sais plus..., je n'y sais plus. »

Même des questions simples restent sans réponse et souvent il faut répéter la demande.

Réflexes tendineux vifs, égaux des deux côtés. Pas de signes de lésions en foyer. Réflexes cutanés plantaires en flexion. Tremblement léger des extrémités. Pas de signes pupillaires importants (légère inégalité). Réactions lumineuses conservées.

Dysarthrie spontanée, impossibilité à prononcer les mots d'épreuve.

Pas de signes d'imprégnation alcoolique.

L'examen psychologique (Mlle Weinberg) précise l'affaiblissement intellectuel. Aux tests (Terman) : quotient intellectuel 34 (imbécillité) ; âge mental : 5 ans, 6 mois. La malade est tellement affaiblie qu'elle ne peut comprendre la consigne pour l'épreuve des temps de réaction (appuyer sur une presselle à un signal auditif).

Azotémie : 0,38. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Mêmes résultats dans le sang du mari.

Liquide céphalo-rachidien (14-3-29) : tension assise : 42. Albumine : 0,25. Pandy : 0. Weichbrodt : 0. Leuco. : 1,6. Benjoin : 00000.01221.00000. Parégorique : 00-0. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Sortie le 18 mars 1929 pour être placée dans une maison de santé de province.

Une enquête du service social (21 novembre 1930), nous apprend que l'état s'est progressivement aggravé depuis l'an dernier. La malade est devenue cachectique ; elle ne peut plus ni marcher, ni parler. Le mari a été averti d'une issue fatale proche.

Dans ce cas, la période de latence fut courte entre l'accident et l'installation progressive du syndrome démentiel à évolution rapide et fatale. Des crises épileptiformes ont été observées.

**

Nous apportons donc deux observations choisies entre plusieurs autres où le rôle d'un traumatisme grave nous paraît pouvoir être invoqué pour expliquer le syndrome démentiel qui s'est progressivement installé dans la suite.

Dans un cas (obs. I) le trauma crânien avait été suivi d'un accès confusionnel de près de un mois.

Dans ce cas, une certaine fragilité cérébrale doit avoir joué son rôle (hérité alcoolique, épilepsie chez le frère, hémiplégie cérébrale infantile chez la sœur).

La durée de latence a été de près de 12 ans dans ce cas — mais il faut signaler dans l'intervalle la modification du caractère et du comportement. Dans la seconde observation l'évolution fut plus rapide et c'est deux ans seulement après l'accident que des troubles mentaux évidents se manifestent. Rappelons que cette malade a eu quelques accès épileptiformes. Il est possible que le malade Th. (obs. I), ait également présenté de l'épilepsie, mais on ne peut l'affirmer.

Une fois installé, le syndrome paralytique est assez complet pour que dans ces deux cas le diagnostic clinique de paralysie générale ait d'abord été porté.

En effet, au point de vue mental on trouve l'affaiblissement de la mémoire, la désorientation, les erreurs professionnelles, l'incapacité progressive à tout travail, l'indifférence affective, l'absence de critique, l'inconscience de l'état morbide, même une certaine euphorie, une générosité démentielle, ou des idées hypocondriaques absurdes.

Parmi les signes neurologiques le plus frappant est la dysarthrie. Elle était particulièrement accusée chez la seconde malade, et sa parole devenait parfois un bredouillement inintelligible. Notons cependant l'absence de fibrillation des muscles périphériques. D'autre part, l'exagération et la diffusion des réflexes tendineux, le tremblement, la dysgraphie complètent le tableau clinique. Toutefois les signes oculaires sont incomplets : dans les deux observations, on note bien une légère inégalité des pupilles, même dans l'une (obs. I), la

lenteur des réflexes lumineux, mais ils persistent dans les deux cas.

L'évolution lentement progressive depuis des mois, entrecoupée — au moins dans un cas — d'accidents convulsifs rappelle encore celle du syndrome paralytique réalisé par la méningo-encéphalite syphilitique. Seul l'examen du liquide céphalo-rachidien indique l'erreur. La tension du liquide, sa composition chimique, les réactions colloïdales et spécifiques ont été trouvées normales dans les deux cas.

L'observation II nous indique que l'évolution fatale peut être rapide et se faire dans les limites accordées à la paralysie générale par méningo-encéphalite diffuse d'origine spécifique.

Les lésions de la pseudo-paralysie générale traumatique n'ont pas à notre connaissance donné lieu à des recherches anatomiques précises et nous sommes réduits à des hypothèses pour expliquer le syndrome clinique. Celle qui paraît la plus vraisemblable est la suivante : de petites hémorragies consécutives au trauma cranien disséminées dans les centres nerveux ont dû provoquer des phénomènes progressifs de sclérose du parenchyme, sclérose qui par sa dissémination, par sa prolifération finit par déterminer le tableau démentiel.

Cette hypothèse est d'autant plus vraisemblable que l'existence de lésions traumatiques hémorragiques a été démontrée chez les victimes d'un gros trauma de guerre, lésions vérifiées à la ponction lombaire où l'on trouve un liquide légèrement sanglant et secondairement xanthochromique et à l'autopsie, lorsque ces malades succombent pour une autre raison. Il a même été donné à l'un de nous, pendant la guerre, d'observer des cas où l'examen anatomique montrait sans aucune plaie extérieure, sans aucune fracture, des lésions considérables des centres nerveux aussi bien médullaires que cérébraux (1).

(1) R. DUPOUY. — Note sur la commotion cérébro-médullaire par explosion d'obus sans blessure extérieure. *Soc. Méd. Hôpitaux*, 29 octobre 1915.

Voir aussi : H. CLAUDE et LHERMITTE. Etude clinique et anatomo-clinique de la commotion médullaire directe par projectile de guerre. *Ann. de Méd.*, oct. 1915.

Mais nous le répétons, ceci n'est qu'une hypothèse qui réclame encore le contrôle de l'anatomie pathologique.

DISCUSSION

M. CLAUDE. — Pendant longtemps on put douter de la réalité des cas où le syndrome paralytique démentiel ne s'accompagnait pas de modifications des réactions humorales, et on les attribuait à une erreur de la technique d'examen du liquide céphalo-rachidien. Maintenant on doit se rendre à l'évidence ; il y a des paralysies générales, dont l'anatomie pathologique *post-mortem* a confirmé le syndrome clinique, qui ont évolué sans modification du liquide céphalo-rachidien.

La valeur étiologique de la syphilis dans la paralysie générale n'en est pas accrue. Cependant j'ai vu des cas comme celui d'une femme à syndrome paralytique cliniquement incontestable et à réactions humorales négatives qui fut améliorée énormément par la malariathérapie, qu'on se décida à lui appliquer lorsqu'on sut que son mari était syphilitique, puisqu'il était porteur d'un tabès avec sérodiagnoscs fortement positifs. En juin dernier, une thèse de la faculté de Paris a paru où sont étudiés ces cas.

Quant au rôle du traumatisme dans la paralysie générale on peut toujours se demander pourquoi celle-ci est si rare, alors que les syndromes mentaux que l'on voit se produire après les commotions sont relativement fréquents. Chez les gens d'un certain âge, au système vasculaire qui a perdu sa souplesse, dont les reins sont en mauvais état, dont les viscères ont été touchés par l'alcoolisme, les lésions traumatiques sont grosses, dégénératives. Elles n'ont pas l'allure des lésions infectieuses. Cliniquement, elles produisent des démences qui rappellent l'artériosclérose ou la démence sénile avec amnésie, fabulation, interprétations délirantes.

Chez les jeunes, j'ai vu le traumatisme déterminer un état qui rappelle la démence précoce, mais jamais la paralysie générale.

Evolution d'accès à forme septicémique chez un encéphalitique parkinsonien

Par le Dr R. BRIAU

Le malade P., que j'ai suivi pendant douze mois en le soumettant tous les deux mois au traitement salicylé classique, est entré dans le service en avril 1927, avec un syndrome parkinsonien et de la dépression mélancolique.

L'observation à l'entrée ne donne aucune particularité si ce n'est l'affirmation de la gravité des phénomènes moteurs. A mon premier examen j'ai noté : Malade grabataire.— Rigidité et raideur serrées. — Corps soudé tout d'une pièce ; membres inférieurs en extension, membres supérieurs en demi-flexion et bras collés au thorax, mains fléchies, les doigts étendus et fortement soudés à leur extrémité distale. Les mouvements volontaires sont d'une lenteur extrême. La jambe se meut à peine et le mouvement ébauché s'épuise tout de suite. Les bras n'exécutent aucun mouvement volontaire. Les mouvements passifs sont difficiles et fatiguent vite le malade. Phénomène de la « roue dentée » très marqué. Masque de cire. Langue trémulante et parole pratiquement inintelligible.

Par période se reproduisent des troubles oculaires : diplopie et fixation du globe oculaire en haut pendant des heures.

Le tremblement survient par crises. Il s'étend seulement aux membres supérieurs et n'est pas influencé par l'action frénatrice de la volonté.

Les réflexes tendineux sont inappréciables.

Après la quatrième série de salicylate intraveineux le sujet a quitté le lit et peut progresser seul. Il garde cependant son aptitude au phénomène d'antépulsion et il reste soudé. La mastication est plus facile et la parole presque toujours intelligible. La préhension de certains objets assez volumineux est devenue possible.

Donc jusqu'ici le cas est banal et le seul fait remarquable dans cette observation est que, au cours de cette année, le malade a présenté cinq crises, toutes semblables, et qui invariablement commencent par une ascension brutale de température à 40° ou 41°. La température se maintient pendant deux à trois jours à ce niveau, et constitue la dominante du tableau clinique avec une légère céphalée et l'état saburrel de la langue. Rien ne nous a expliqué cette hyperthermie subite. Des examens répétés ne m'ont jamais révélé aucun trouble pulmonaire ou abdominal. J'ai vérifié l'intégrité hépatique, le bon fonctionnement du rein. Les réactions humorales sont restées muettes sur le chapitre de la tuberculose en particulier. Le tableau neurologique n'a pas changé non plus au cours de ces accidents. Tout est rentré dans l'ordre, chaque fois, au bout de deux à trois jours. Lors du second accès il semble que l'administration de septicémie intraveineuse ait influé sur la courbe thermique.

Je dois ajouter enfin, que je n'ai pu établir de relation de cause à effet, entre l'apparition des accès de fièvre et l'administration de salicylate de soude. Une fois la fièvre est apparue en plein traitement et les autres accès survenaient aussi bien avant, que longtemps après les injections intraveineuses.

Nous avons pensé présenter cette courte observation parce qu'elle nous paraît soutenir l'idée de la grande longévité du virus encéphalitique dans l'organisme humain.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire de la Séance,

P. COURBON.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de Médecine mentale

Séance du 17 novembre 1930

Syndrome mental de Korsakoff et paralysie générale, par MM. CAPGRAS, JOAKI et FAIL. — Présentation d'un paralytique général, alcoolique par intermittence, atteint d'amnésie, de fabulation et de poussées oniriques, sans signes de polynévrite. Les auteurs cherchent à discriminer, dans la constitution de ce syndrome, la part respective de l'intoxication alcoolique et de la méningo-encéphalite syphilitique.

Délire érotomaniaque, par MM. R. LEROY et C. POTTIER. — Femme se présentant comme hypomaniaque. Dès 1927, elle a commencé à être obsédée par des idées érotiques portant sur les médecins. Puis surviennent des hallucinations auditives, de l'automatisme mental : écho de la pensée, énonciation des actes, hallucinations impératives à caractère érotique. Cette femme proteste contre ses idées délirantes et demande que, veuve de guerre et mère de famille, on la laisse tranquille.

L. MARCHAND.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XI^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE

Paris, 3-4 juin 1930

La XI^e Réunion Neurologique s'est ouverte le 3 juin par une allocution de M. Jean LHERMITTE, *président de la Société de Neurologie de Paris*, consacrée à l'*Eloge d'Edouard Brissaud*. M. Lhermitte a fait revivre la puissante personnalité de ce grand précurseur, en évoquant les points les plus originaux de son œuvre, appréciés à la lumière des acquisitions récentes : la localisation au locus niger des lésions de la paralysie agitante, affection à laquelle Brissaud refusait le titre de névrose ; les rapports entre la paralysie agitante et le rhumatisme chronique ; l'étude clinique de la paralysie pseudo-bulbaire et sa localisation anatomique au niveau des noyaux opto-striés ; la distinction de l'élément volontaire et de l'élément réflexe de la mimique, à propos du rire et du pleurer spasmodique ; le rôle du sympathique dans les tropho-névroses ; ses idées sur la section de la moelle, sur le zona...

I

Rapport de MM. G. Roussy, J. Lhermitte et Ch. Oberling

La névrogie et ses réactions pathologiques

Dans cet important travail, accompagné de micro-photographies très démonstratives, les auteurs mettent au point les connaissances actuelles sur la névrogie normale ; ils en envisagent surtout les réactions pathologiques.

Ils établissent le parallèle morphologique et fonctionnel de la névrogie et des tissus conjonctifs, démontrent que tous les éléments névrogliques possèdent à des degrés divers les mêmes aptitudes réactionnelles ; de ces similitudes avec le mésenchyme, il ne résulte pas, pour les auteurs, d'analogie originelle, et pour eux, *tous les éléments de la névrogie sont d'origine ectodermique*.

L'histoire de la névrogliie a marqué quelques grandes étapes : sa première description par Virchow en 1846, la coloration élective des fibrilles par Weigert, en 1890 ; la distinction dès 1897, par Ford Robertson, de la mésoglie, qui devait, pour Cajal (1923), constituer le « troisième élément » de la névrogliie et devenir avec *Del Rio Hortega*, sous le nom de *microglie*, le centre des discussions actuelles.

La névrogliie normale

Elle comporte 3 catégories d'éléments : a) les *astrocytes* de la *macroglie*, grandes cellules en rapport intime avec les vaisseaux par des expansions élargies ou pieds vasculaires, sont les plus anciennement connus.

b) La méthode de *Del Rio Hortega* (au carbonate d'argent) a permis d'isoler l'*oligodendroglie*, ensemble de petites cellules à noyau clair, à prolongements grêles, sans rapports avec les vaisseaux. Ces éléments se rapprochent à de nombreux points de vue des cellules de Schwann, dont Nageotte a démontré la nature névroglique.

c) Enfin la *mécroglie*, formée des petites *cellules d'Hortega*, à noyau foncé, à forme variable, qui prédominent au voisinage des neurones et des capillaires.

La question de l'indépendance des cellules névrogliques n'est pas résolue, la théorie syncytiale de Held paraît répondre aux faits, malgré l'avis de Cajal et de son école.

L'origine ectodermique de la macroglie et de l'oligodendroglie est admise par tous les histologistes. Mais pour la *microglie*, tandis que les rapporteurs lui attribuent une origine ectodermique, *Del Rio Hortega*, *Marinésco*, etc., soutiennent sa nature mésenchymateuse : elle se rattacherait au système réticulo-endothélial.

Le rôle de la névrogliie n'est pas entièrement élucidé : les fonctions de soutien et de nutrition sont indiscutables ; les éléments de l'oligodendroglie, comme ceux de Schwann, participent à la myélinisation ; le rôle sécrétoire (au sens large) est vraisemblable d'après les attributs histologiques ; la sécrétion interne, supposée par Nageotte, n'est pas démontrée. Le rôle moteur et isolant (Cajal) reste hypothétique.

Réactions pathologiques de la névrogliie

« Les cellules de la névrogliie présentent à l'égard des processus pathologiques des modifications et des altérations dont les degrés varient suivant la nature de l'agent patho-

gène, la durée et l'intensité de son action et suivant la variété des cellules intéressées.»

Les auteurs étudient ces réactions dans les trois grandes catégories de processus de dégénération, de mobilisation, de prolifération.

1^o *Les processus de désintégration* (sénilité, traumatismes, troubles circulatoires, infections, intoxications, épilepsie, démence précoce) atteignent le noyau et le cytoplasme.

Les astrocytes, dans les encéphalites aiguës, subissent la transformation amiboïde d'Alzheimer ; dans les lésions expérimentales par le radium, Roussy, Oberling et Raileanu ont vu la destruction des dendrites, avec conservation des pieds vasculaires.

L'oligodendroglie, très fragile, est altérée 24 heures après la mort ; elle peut subir la dégénérescence mucocytaire de Grynfelt, Péliquier, et Pagès ; dans la sénilité, une dégénération atrophique.

2^o *Les phénomènes de mobilisation et de phagocytose* ; des cellules globuleuses, les *corps granuleux* se chargent, lors des désintégrations, de pigments, de graisses, de débris. Quelle est leur origine ? En partie au moins névroglique pour les classiques, uniquement microgliale, c'est-à-dire mésenchymateuse, pour les élèves d'Hortega.

Cependant, la *neurophagie* est effectuée par les cellules satellites, qui appartiennent à l'oligodendrie et à la microglie ; la *dégénération secondaire* des prolongements met aussi en jeu les astrocytes. Dans les *foyers de ramollissement*, Lhermitte et Schaeffer ont dégagé des processus qui se succèdent : d'abord, réaction leucocytaire ; puis phase microgliale à laquelle s'ajoute une réaction des astrocytes avec disparition de leurs fibrilles et prolongements.

Cette réaction astrocytaire a été reproduite expérimentalement par Roussy, Oberling et Raileanu. Dans les lésions d'évolution rapide, les astrocytes se tuméfient, mais ne se mobilisent pas. Dans les lésions lentes (par le radium), la microglie prolifère, mais les astrocytes se mobilisent, phagocytent, se chargent de colorants vitaux.

Les *corps granuleux* ont ainsi une triple origine : hémato-gène, histrogène et gliogène.

3^o *Processus de prolifération* : tous les éléments névrogliques sont capables de se multiplier, sous des formes normales ou anormales. Ces proliférations relèvent de 3 groupes : glioses secondaires, glioses primitives, gliomes.

Les *glioses secondaires* sont consécutives à des lésions dégénératives. Elles mettent en jeu tous les éléments :

microglie et oligodendroglie dans la P.G. (cellules en bâtonnets), dans les maladies infectieuses (typhoïde, encéphalite létargique, etc.), mais *surtout* les astrocytes, qui entourent de nouveaux vaisseaux, et organisent une cicatrice gliale.

La constitution des cicatrices cérébrales dépend essentiellement de l'état de la barrière pio-gliale, formée par le feufrage névroglique sous-méningé, imperméable aux cellules à l'état normal. Si cette barrière est respectée (ex. : maladie d'Alzheimer), la cicatrice est entièrement gliale. Si les processus sont diffus (ex. : syphilis), il y a prolifération vasculaire. Si la barrière est brisée (traumatisme, lésions vasculaires), la réaction est à prédominance conjonctive ; la gliose est tardive et variable.

Les glioses dites primitives (syryngomyélie, sclérose tubéreuse) offrent tous les aspects de transition avec les gliomes.

Les gliomes, réactions néoplasiques de la névroglique constituent la grande majorité des tumeurs des centres nerveux ; on y retrouve toutes les formes cellulaires de la névroglique adulte ou embryonnaire, sans qu'on puisse en inférer l'origine embryonnaire de ces tumeurs. Toutefois on ne distingue pas encore les tumeurs de la microglie.

II

Rapport de M. Del Rio Hortega (de Madrid)

Concepts histogénique, morphologique, physiologique et physiopathologique de la microglie

Le tableau d'ensemble que constitue le précédent rapport, nous permettra d'être bref dans le compte rendu du travail de Del Rio Hortega, travail particulièrement original, puisque le chapitre qu'il traite résulte presque en entier des travaux personnels de Hortega, poursuivis depuis 1919.

Il en condense lui-même les grandes lignes en une série de « concepts » :

1. *Concept histogénétique* : « La microglie prend son origine aux dépens des polyblastes ou cellules embryonnaires des méninges, à des époques plus avancées du développement et dans les jours consécutifs à la naissance elle continue à pénétrer dans le tissu nerveux, dans toute la trame où elle se répand. » Toutefois, on ignore, à cause de « l'imperfection actuelle de la technique », quels éléments piémétiens donnent naissance à la microglie.

Cette origine mésodermique est (nous l'avons déjà dit), très contestée.

2. *Concept morphologique* : Au repos, la microglie est formée de petits éléments à noyau foncé, à protoplasme rare, à prolongements fins, ramifiés, dont les terminaisons libres ne se fondent pas au syncytium névrologique.

L'auteur précise la distribution de la microglie à tous les niveaux des centres nerveux.

3. *Concept physiologique* : « La microglie représente dans les centres nerveux, le système réticulo-endothélial, dans la plus grande acception du mot, et possède comme qualités jusqu'à présent mises en évidence, de fixer certains colloïdes, et de phagocytter des hématies et des débris cellulaires... »

La culture de microglie *in vitro* (Costero 1930) a reproduit les transformations amiboïdes et les mouvements de la microglie.

4. *Concept physio-pathologique* : « La microglie intervient activement dans tous les processus inflammatoires et nécrosants du tissu nerveux, et acquiert, par suite de sa mobilisation et de son action macrophagique, des formes allongées (cellules en bâtonnet), laminaires et arrondies (corps granulo-grasseux). Les corps granulo-grasseux ont une origine exclusivement microgliale et histiocytaire. »

DISCUSSION

Elle porte, dans son ensemble, sur l'origine mésodermique de la microglie, et sur la nature exclusivement microgliale des corps granuleux.

La conception de Hortega rallie l'opinion des auteurs italiens : *Fabio Visintini* (Turin) ; *Dino Borsi* (Turin), qui emploie un procédé personnel au nitrate d'argent ammoniacal ; *Ayala* (Rome) ; *Mario Gozzano* (Naples), qui considère l'origine histiocytaire de la microglie comme l'hypothèse la plus vraisemblable, bien que non démontrée directement.

Marinesco (de Bucarest) apporte « quelques données sur les réactions pathologiques de la névrogliie ». Pour lui, les aspects amiboïdes des cellules névrologiques répondent à des processus dégénératifs ; ces éléments ne jouent qu'un rôle insignifiant dans la phagocytose, mais important dans le métabolisme du fer, du calcium, du glycogène. Il admet l'origine mésodermique de la microglie.

Choroschko (Moscou) rappelle ses travaux sur les névrotoxines ; *Mario Piolti* (Turin) ses tentatives de coloration vitale de la microglie ; *Brunschweiler* (Lausanne) apporte un cas d'anomalie précoce du tissu glial ; *Dinu Raileanu*

une modification à la technique sublimé-or de Cajal (laboratoire du Prof. Roussy) ; *Alberto Lorente* signale les réactions microgliales dans les ectodermoses neurotropes (laboratoire du Prof. Levaditi).

P. Kissel (Nancy) étudie la charpente gliale de la neurhypophyse ; *P. Pagès* (Montpellier) précise la nature de la dégénérescence muqueuse de l'oligodendroglie ; *Oberling* présente des clichés de la « gliose méningo-encéphalique » primitive, qu'il a décrite.

M. Roussy, résumant le débat, pense que les divergences sur l'origine et le rôle de la microglie résultent de ce que les uns ont étudié des processus d'évolution rapide, les autres des phénomènes de destruction lente.

III

Rapport de M. H. Roger (Marseille)

Les Sciaticques

Dans ce travail d'une remarquable clarté, *M. H. Roger* montre comment, au milieu des algies du membre inférieur, se détache un syndrome particulier des « sciaticques », parmi celles-ci, il s'attache à l'étude des sciaticques dites rhumatismales, qu'il divise en cinq formes anatomo-cliniques, auxquelles répondent des indications thérapeutiques différentes.

Le diagnostic des sciaticques nécessite l'élimination des *algies simulées*, et surtout des *pseudo-sciaticques* (arthrites, ostéites, myosites, phlébites, artérites, autres névralgies, douleurs médullaires, cérébrales, sympathiques).

Les vraies sciaticques relèvent de 3 catégories :

- des *para-sciaticques*, d'origine extrinsèque, irritation du nerf par une cause de voisinage ;
- des *sciaticques symptomatiques*, d'atteinte du nerf par une infection (surtout syphilis), une intoxication (ex. alcool), une auto-intoxication, un néoplasme, des troubles circulatoires, des causes externes ;
- il reste un groupe important (3/4 des cas) de sciaticques liées par un aspect de parenté (arthritisme), l'auteur rejette le qualificatif d'« essentielle », mais conserve celui de *rhumatismales*, ce terme étant pris en un sens très large.

ETUDE DES PRINCIPAUX SIGNES DES SCIATICQUES RHUMATISMALES

Nous ne pouvons, dans un bref compte rendu, que signaler les points d'acquisition récente, et ceux en discussion.

1. *Le syndrome sensitif* comprend les douleurs spontanées qui paraissent d'origine superficielle (cutanée ou musculaire), dans 80 p. 100 des cas ; les douleurs provoquées se rencontrent le plus souvent aux points classiques de Valleix (mais aussi au point achilléen de Rimbaud et Revault d'Allonnes, au point médioplantaire de Sicard et Roger). L'étude du signe de Lasègue doit comporter la notation de l'angle pour lequel apparaît la douleur ; on le recherche aussi au niveau du genou, ou dans la position debout (Roussy-Cornil), par flexion du tronc. La sincérité en est contrôlée par le réflexe sciatico-cardiaque (accélération) de Perrens.

Les troubles objectifs de la sensibilité sont discrets.

2. *Le syndrome moteur* a donné lieu à de nombreuses mises au point : l'attitude avec sa scoliose croisée, la démarche salutatoire, la position du pied en équerre, mettent en jeu des facteurs antalgiques, mais aussi une hypertonie sacro-lombaire (Alajouanine et Gopcevitch). L'hypotonie fessière (aplatissement, abaissement du pli, déviation du sillon médioplantaire) a été étudiée par Barré, ainsi que l'amyotrophie précoce du pédieux. Un léger déficit moteur est enregistré dans la station sur la pointe des pieds ; c'est le signe de la pointe, de Chiray.

Le syndrome spasmodique de Brissaud, le syndrome excito-moteur n'appartiennent pas aux sciatisques rhumatismaux.

Les réflexes achilléen et médioplantaire sont souvent diminués ou abolis ; les ostéo-périostés sont variables ; le cutané plantaire est faible ; mais le crémaстérien, le cutané fessier sont vifs, les réflexes de posture sont conservés. La contraction idio-musculaire est exagérée.

3. *Le syndrome sympathique* n'a pas été repris systématiquement ; A. Thomas a noté des zones d'aréflexie pilomotrice.

4. *Le syndrome humorale* est variable : une réaction méningée, le plus souvent dissociée, s'observe dans les formes hautes. La nature syphilitique de ces sciatisques, soutenue par Boudet, n'est pas confirmée par l'étude du sang et du liquide céphalo-rachidien.

FORMES ANATOMO-CLINIQUES DES SCIATIQUES RHUMATISMALES

Roger en distingue cinq :

1^o *Les lombo-sciatiques*, sciatisques funiculaires ou hautes ; elles sont liées à un rhumatisme vertébral, localisé au

niveau du trou de conjugaison (Sicard, Forestier). La symptomatologie est à prédominance lombaire (lombalgie, contracture), le liquide rachidien est altéré dans les 3/4 des cas ; on trouve de discrètes lésions radiographiques. La sacralisation de la V^e lombaire a pu donner lieu au syndrome de Bertolotti.

Roger oppose à ces funiculites les radiculites, bien différentes, à douleur plus diffuse, à signes objectifs (sensitifs, réflexes, sphinctériens) spéciaux.

Le traitement consiste en *radiothérapie pénétrante*, en *injections épidurales* de sérum novococaïné ; la laminectomie décompressive est réservée aux cas rebelles.

2. *La sacro-ilio-sciatique* (plexulaire, ou moyenne) est due à l'irritation du plexus par une arthrite sacro-iliaque rhumatismale (Barré et Le Mansois-Duprey). La douleur ne descend pas au-dessous de la partie supérieure de la cuisse, le nerf obturateur est intéressé ; le pincement des adducteurs est douloureux.

La radiothérapie moyennement pénétrante, la diathermie, l'ionisation à l'aconitine, donnent des résultats. Les injections cocaïnées près de l'articulation sont difficiles.

3. *La névro-sciatique* (tronculaire, basse) est la névralgie sciatique classique, avec tous ses signes. On invoque pour l'expliquer la congestion, l'inflammation du périnème, des adhérences, qui se rencontrent dans les cas chroniques. Les Anglais font intervenir la notion d'infection focale, les Scandinaves, celle de sciatique réflexe par position vicieuse (orthopédique).

Le traitement met en œuvre des moyens variés : thermiques, lumineux, électriques, la kinésithérapie et le massage, la crénothérapie sulfureuse, sédatrice et les boues, les injections périnerveuses et les injections sous-cutanées d'air stérilisé (Cordier) ; la chirurgie est abandonnée actuellement.

4. *La myo-sciatique* (musculaire, myalgique). Certains auteurs scandinaves (Helweg, Lindstén, Pétrén) et français (Verger) soutiennent que toute sciatique rhumatismale est avant tout une myalgie ; par une palpation soignée, ils provoquent la douleur au niveau de muscles qui ne dépendent pas du sciatique (surtout le moyen-fessier) ; la « sciatique » atteint, selon eux, les muscles de l'attitude.

Roger n'admet pas la généralité de cette explication, en se basant sur les troubles réflexes, électriques des autres sciatiques, et sur l'absence de lésions histologiques des muscles.

5. La *cellulo-sciatique* a été étudiée par Alquier, Forestier, Paviot (de Lyon). Elle est liée à une infiltration douloureuse du tissu cellulaire, donne lieu à des sensations de courbature, brisure, meurtrissure (adiposalgie), prédominant à la face externe de la cuisse. La fragilité des capillaires crée des ecchymoses. Les signes nerveux sont minimes.

Au massage, à la mobilisation, Paviot adjoint le traitement de l'insuffisance hépatique fréquente.

Le rapporteur, en terminant, rappelle les grandes lignes du diagnostic général des sciatiques rhumatismales d'après Sicard, et les indications thérapeutiques du terrain arthritique.

DISCUSSION

Elle précise des points particuliers de sémiologie et de thérapeutique.

Chiray et Roger (de Rennes) rappellent la valeur de leur signe de la pointe, indice de déficience musculaire. *Froment, J. Savoie et Mlle Feyeux* rapportent l'hypotonie fessière à un trouble d'ordre réflexe. *Alquier* distingue les sciatiques dues aux lésions du névraxe et de ses enveloppes, et celles liées à une altération conjonctivo-vasculaire. *H. Verger* soutient la théorie myalgique ; le surmenage de certains muscles explique qu'ils deviennent douloureux. *A. Charpentier* rappelle ses recherches sur le réflexe achilléen qui normalement doit exister. *Catola et de Faveri* résument les travaux italiens qui, depuis Putti, montrent l'importance des lésions du trou de conjugaison. *Cornil, Hamant et Mosinger* isolent un groupe de sciatiques répercussives liées à des troubles vaso-moteurs. *Barré* insiste sur la fréquence des lésions périnerveuses, sur les troubles de la toxicité, sur la forme lombo-sacrée, enfin, sur le mode de traitement qu'il emploie : injection de sacrocaïne dans l'espace ilio-sacro-vertébro-transversaire, au point de sortie de la 5^e lombaire.

Dans le domaine de la thérapeutique, *G. Aymès* a eu de bons résultats par l'injection épидurale d'oxygène ; *Fedele Negro* (Turin) applique la compression digitale du nerf à l'échancrure sciatique ; *Gauduchean* emploie surtout la radiothérapie, la haute fréquence, les rayons ultra-violets ; *E. Juster* associe les rayons X et la diathermie ; *Zimmern et Chavany*, avec la radiothérapie moyennement pénétrante, ont eu 27 succès dans des cas bien diagnostiqués de sciatique rhumatismale haute.

J. VIÉ.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

L'hyperostose frontale interne, syndrome de l'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux, par le Dr Ferdinand MOREL, médecin-adjoint à l'Asile de Bel-Air, Genève. 1 vol. in-8 de 95 pages avec 6 planches hors-texte comprenant 13 figures. G. Doin et Cie édit., Paris, 1930.

Cette monographie s'adresse avant tout au neurologue, au psychiatre, à l'anatomopathologiste et au radiologue.

Grâce, en effet, aux 9 radiographies reproduites, le radiologue peut se familiariser exactement avec l'image si typique de l'hyperostose frontale interne qui, sans être très rare, n'est guère connue.

Cette image, une fois reconnue, il devient possible de se représenter jusque dans les détails l'aspect du diploë, de la table interne et de la dure-mère avec ses adhérences pathologiques.

Le syndrome si particulier, ici mis en lumière dans son ensemble, peut rendre possible, dans certains cas, le diagnostic d'hyperostose frontale interne.

R. C.

Le charlatanisme dans le Canton de Vaud de 1834 à 1882, par le Dr André GUISAN, d'après les Archives du Service sanitaire. Publications de la Société suisse d'histoire de la médecine et des sciences naturelles. VII broché fr. 7., M. 5 60. Orell Füssli Verlag, Zurich et Leipzig, 141 p. 80.

Les Archives du Service sanitaire vaudois constituent une source importante de documentation, qui jusqu'ici n'a guère été mise à contribution. Dans la présente publication, l'auteur s'est appliqué à étudier le charlatanisme au moyen de pièces inédites, de 1834 à 1882, soit à partir de l'époque où commence la collection des pièces d'archives.

Après une courte introduction, on trouvera cinq chapitres, où tour à tour l'auteur montre le charlatanisme pratiqué

par de pseudo-médecins étrangers ; les meiges-médecins omnipraticiens ; les meiges-spécialistes ; les meiges-chirurgiens ; les femmes-meiges. Le dernier chapitre est intitulé : les médecins contre le charlatanisme.

Cette étude, neuve et originale, renferme une foule de faits amusants, qui démontrent une fois de plus la confiance aveugle que le public prêtait aux charlatans les plus ignorants et les plus illettrés.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Contribution à l'étude de la réaction de Fahraeus dans quelques psychoses, par le Dr J.-L. RODRIGUEZ-CANDELA. *Archivos de Med. Ci. y Esp.*, 19 avril 1930.

L'étude de la vitesse de sédimentation des globules sanguins a été faite dans l'alcoolisme, l'épilepsie, la paralysie générale, la schizophrénie, la psychose maniaque-dépressive. Elle n'apporte évidemment aucune précision diagnostique ; ses modifications sont un signe de présomption d'altérations organiques ou de phénomènes toxiques. Certaines données méritent de retenir l'attention : les variations de la réaction au cours de la paralysie générale et pendant le traitement, l'accélération transitoire dans les crises d'agitation psycho-motrice, le retard de la sédimentation dans les syndromes s'accompagnant de leucopénie.

P. CARRETTE.

Sentiments religieux et psychonévroses, par le Dr Felipe-M. CIA, *La Semana Médica*, 11 septembre 1930.

Les scrupules religieux sont au premier plan d'un grand nombre d'états psychasthéniques. Le médecin qui entreprend l'œuvre de rééducation morale de ses malades doit avoir, déclare l'auteur, une culture religieuse qui lui permette de répondre à certaines objections, de corriger des tendances maladives ; souvent même, il lui faudra associer ses efforts à ceux d'un ecclésiastique, opinion en accord avec un vœu exprimé récemment par l'Académie de Médecine de New-York.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

L'épidémie de poliomyélite de Madrid en 1929, par le Dr Manuel TAPIA, *Archivos de Neurobiología*, juillet-août 1930.

112 cas ont pu être dépistés et réunis à l'Hôpital Royal. L'invasion a duré le plus souvent de 1 à 5 jours. Dans 30 0/0 des cas, le diagnostic a été posé — ou supposé — dès cette période de la maladie. Pendant la période paralytique, la fièvre a été notée dans 45 0/0 des cas. La localisation médullaire classique était généralement observée ; dans 5 cas, on signalait cependant l'association de phénomènes bulbaires ; une fois la forme bulbo-protubérantielle pure ; 2 fois le type mésocéphalique décrit par Marinesco. Aucun cas de méningite pure n'a été signalée, mais 38 syndromes méningés. Les altérations du L. C.-R. ont porté sur la réaction de Lange, sur les rapports albumino-cytologiques, sans qu'il y ait une indication pronostique dans l'intensité de ces altérations. Il y eut 2 cas mortels, 30 0/0 de guérisons et 30 0/0 de régression partielle de la paralysie.

En somme, si on tient compte des résultats assez immédiats, cette épidémie apparaît assez bénigne. L'auteur se montre très sceptique sur le résultat des traitements sériques, ayant obtenu des améliorations aussi nettes et nombreuses chez les malades non traités.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du spirochète hispano-marocain dans la pratique de la récurrentothérapie, par MM. REMLINGER et BAILLY. *Archivos de Med. Ci. y Esp.*, 3 mai 1930.

La méthode préconisée par les deux médecins de l'Institut Pasteur de Tanger ne présenterait pas les dangers de la malariathérapie. Le spirochète se conserverait facilement et longtemps. La fièvre que provoque son inoculation a été utilisée dans la syphilis nerveuse, mais les expériences sont encore trop récentes pour juger son efficacité.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

NÉCROLOGIE

D^r George L. WALLACE (1872-1930)

Nous apprenons avec un vif regret la mort du Docteur *George-L. Wallace*, fondateur, à Wrentham (Massachussets), of the *Wrentham State School*, dont depuis 24 ans il était « *superintendent* ».

Ancien élève, à Waverley, du D^r Fernald, le D^r George L. Wallace a fait de Wrentham State School un des hôpitaux les plus réputés pour le traitement, l'éducation, l'instruction des faibles d'esprit. Ce superbe établissement, merveilleusement situé, remarquablement installé et dirigé, fut son œuvre. Une mort prématurée vient interrompre trop tôt une carrière richement remplie, pleine encore de promesses.

Le D^r Wallace était membre du Comité exécutif du National Committee for Mental Hygiene, dont il était un des membres les plus actifs, et président of the Association for the Study of the Feeble-minded.

Ce réalisateur était un homme accueillant et modeste dont la perte sera cruellement ressentie.

René CHARPENTIER.

ATTENTAT CONTRE UN MÉDECIN DEVANT L'ASILE CLINIQUE SAINTE-ANNE

Le mercredi 5 novembre, vers midi, le D^r Médakovitch, chef du laboratoire du D^r Leroy, sortait en blouse de l'Asile Sainte-Anne quand un inconnu s'avança vers lui et, sans mot dire, le visa avec un revolver. Quatre coups claquèrent. Atteint par une balle au bras gauche, le D^r Médakovitch réussit à se réfugier dans une boutique voisine pendant que l'agresseur introduisait un nouveau chargeur dans son arme.

Des curieux s'amassent, les agents arrivent et alertent les pompiers qui s'empressent de venir examiner la situation. Un long moment s'écoule. Adossé contre le mur de l'Asile, à dix pas de la porte d'entrée, le meurtrier, revolver en main, guette ceux qui l'observent à distance sans oser intervenir. Le Dr Trénel, médecin-chef de Sainte-Anne, encore dans son service, court au danger dès qu'on le lui signale. Il voit l'homme tourner légèrement la tête du côté opposé à la porte ; il se glisse aussitôt derrière lui, l'entoure de ses bras, l'immobilise. Les agents se précipitent à leur tour, ligotent le criminel, le conduisent au Commissariat de police et de là à l'Infirmerie spéciale. C'est un persécuté halluciné, déjà soigné dans les hôpitaux pour deux tentatives de suicide ; il se croit maintenant torturé par les médecins aliénistes et il veut les tuer. On l'interne à Ville-juif.

Le Dr Médakovitch est aujourd'hui guéri. Nous le félicitons d'avoir heureusement échappé à cette tentative d'assassinat.

Le Dr Trénel, à la veille de prendre sa retraite, donne une nouvelle preuve de son courage, de son sang-froid et du dévouement qu'il n'a cessé de prodiguer au cours de sa belle carrière. Engagé volontaire pendant la guerre, puis pendant l'expédition de Syrie et à Adana, partout, au front comme à l'hôpital, il s'est fait remarquer par sa noble conduite et sa modestie. Un acte héroïque s'ajoute à ceux dont il fut coutumier ; on ne saurait trop l'applaudir et souhaiter qu'il en soit dignement récompensé.

J. C.

SUBVENTION DE 1.400.000 FRANCS
POUR ÉTUDES CRIMINOLOGIQUES

Le Bureau d'Hygiène Sociale de la fondation Rockefeller a décidé d'accorder 55.000 dollars pour poursuivre, pendant cinq ans, à la prison d'état de Norfolk (Massachusetts), des études analogues à celles déjà faites à la prison d'état de Charlestown.

L'exposé des motifs rappelle que l'Etat de Massachusetts, à la tête des Etats-Unis d'Amérique depuis 1630, pour l'étude et le traitement des maladies sociales, est devenu cette année un centre d'études criminologiques tel qu'aucun état n'en a encore jamais institué dans ses établissements pénitentiaires.

Le Dr Sheldon Gluek, professeur à la Faculté de Droit de

Harvard et Mrs. T. Eleanor Gluek, ainsi que le prof. Francis-B. Sayre, directeur de l'Institut de Criminologie de l'Université de Harvard, poursuivent ces études dans les divers établissements pénitentiaires de l'Etat de Massachusetts.

A la prison d'Etat, MM. Warden James L. Hogsett, John G. Thompson et leurs assistants se réunissent chaque semaine avec le Dr A. Warren Stearns, Directeur général, pour établir un diagnostic précis des cas et décider l'instruction et le traitement appropriés.

Les études entreprises à la nouvelle prison de Norfolk sont placées sous la direction de M. Howard, B. Gill. Elles seront poursuivies par les spécialistes les plus distingués, avec les meilleures méthodes d'observation et d'expérimentation.

Les résultats déjà acquis sont de nature à faire désirer à tous l'extension de tels centres d'études criminologiques.

R. C.

ASSEMBLÉE COMMUNE
DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE NEUROLOGIE
ET DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE
(Lausanne, 6 et 7 décembre 1930)

PREMIÈRE SÉANCE : *Samedi, 6 déc., à 14 h. 15 précises, au Palais de Rumine, auditoire 15.*

DISCOURS D'OUVERTURE du Dr O. FOREL, *président de la Société suisse de Psychiatrie.*

RAPPORTS sur « *Le bilan de l'encéphalite léthargique* ».

1. P.-D. Dr H. STECK (Cery-Lausanne) : *Les syndromes mentaux postencéphalitiques.*

2. Dr G. DE MORSIER (Genève) : *L'importance des troubles mentaux postencéphalitiques pour la pathogénèse des psychoses.*

COMMUNICATIONS : 1. Prof. Dr PFERSDORFF (Strasbourg) : *Syndromes encéphalitiques et syndromes schizophréniques.*

2. Prof. Dr JAN PILTZ (Cracovie) : *Über den Charakter vom biologischen Standpunkt.*

3. Dr L. VAN BOGAERT (Anvers) : Thème réservé.

4. Prof. Dr H.-W. MAIER (Zurich) : *Forensische Gesichtspunkte bei den Encephalitikern.*

5. Dr H. STECK (Cery) : *Présentation d'un cas de psychose postencéphalitique.*

DISCUSSION.

Banquet au Lausanne Palace à 20 h. (couvert 7 fr. sans boisson ; tenue de ville).

DEUXIÈME SÉANCE : *Dimanche, 7 déc., à 9 h. précises, Palais de Rumine, salle Tissot.*

DISCOURS du Prof. F. NAVILLE, *président de la Société suisse de Neurologie.*

RAPPORT : P.-D. Dr H. BRUNSCHEWILER (Lausanne) : *« Formes nouvelles et séquelles neurologiques de l'encéphalite épidémique ».*

COMMUNICATIONS : 1. Dr E. FREY (Zurich) : *Die pathologische Anatomie der Encephalitis lethargica* (mit Projektionen).

2. Dr G. RICHARD (Neuchâtel) : *Cas multiples d'encéphalite dans une famille. Efficacité de stérilisations fractionnées répétées.*

3. P.-D. Dr H. BRUNSCHEWILER (Lausanne) : Projection de films : *Hyperkinésie de la tête de la face. Myoclonie faciale. Hémiparkinson.* Eventuellement, présentation de malades.

DISCUSSION.

11 h., **SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE.** *Discussion sur l'enseignement de la neurologie dans les études médicales.* Rapporteurs : Prof. Dr M. MINKOWSKI (Zurich), Prof. Dr L. MICHAUD (Lausanne).

Lunch en commun à l'Hôtel Central, à 13 h. (couvert fr. 5,50 sans boisson).

Secrétariat : Dr H. STECK, Secrétaire de la Société Suisse de Psychiatrie, Asile de Céry-s-Lausanne ; Dr Ch. DUBOIS, Secrétaire de la Société Suisse de Neurologie, 20, Falkenhöcheweg, Berne.

Renseignements concernant le séjour à Lausanne :

Chambres (prix spéciaux) : *Lausanne Palace* : 9 fr. ; *Hôtel de Lausanne* : 5 fr., chauffage, 0,75 ; petit déjeuner, 1,75. près de la gare.

Hôtel Continental (près gare), 6 à 7 fr., petit déj., 1,75.

Hôtel Mirabeau (près gare), 7 fr., chauffage compris ; petit déj., 2 fr.

Hôtel Central (pl. St-François), 6 fr., chauffage compris ; petit déj., 2 fr.

Hôtel de la Paix (pl. St-François), 5 fr. 75, chauffage compris ; petit déj., 1 fr. 75.

Prière de retenir les chambres à l'avance.

Arrivée des trains à Lausanne: de Berne, Zurich: 11 h. 36; de Neuchâtel, Zurich, Bâle : 11 h. 11 ; de Genève : 12 h. 03, 13 h. 47.

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

Des nécessités locales ayant mis le Comité d'organisation dans la nécessité de modifier la date primitivement annoncée, la XXXV^e session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Bordeaux*, du 7 au 12 avril 1931.

Président : M. le Docteur PACTET, médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine.

Vice-Président : M. le professeur EUZIÈRE, doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.

Secrétaire général : M. le Docteur D. ANGLADE, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon (Bordeaux).

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

PSYCHIATRIE : *Les Psychoses périodiques tardives.* — Rapporteur : M. le Docteur Roger ANGLADE, médecin-chef à l'Asile de Breuty-la-Couronne (Angoulême).

NEUROLOGIE : *Les tumeurs intra-médullaires.* — Rapporteur : M. le Docteur Noël PÉRON, ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE : *Les fausses simulations des maladies mentales. Leur intérêt médico-légal.* — Rapporteur : M. le Médecin-Commandant FRIBOURG-BLANC, professeur à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire (Val-de-Grâce).

N. B. — Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au Docteur D. ANGLADE, secrétaire général de la XXXV^e session, Asile de Château-Picon, Bordeaux.

Le prix de la cotisation annuelle est de 75 fr. pour les membres titulaires de l'Association, de 80 fr. pour les membres adhérant à la session et de 50 fr. pour les membres associés. Les membres titulaires et les membres adhérents inscrits avant le 15 février 1931 recevront les rapports dès leur publication.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 41.391

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MEDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

A nos Lecteurs



En me confiant, au moment même où se réalise la fusion des trois sociétés psychiatriques françaises, le secrétariat général de la Société Médico-psychologique, les membres de la Société ont fait à l'ancien collaborateur d'Ant. Ritti et d'Henri Colin un périlleux honneur.

En me confiant les fonctions de rédacteur en chef des *Annales Médico-psychologiques*, la Société Médico-psychologique, héritière d'Ant. Ritti, et les héritiers de Baillarger et de Foville m'exposent à une redoutable épreuve.

Pour m'efforcer de satisfaire à de nouveaux devoirs, je m'inspirerai de l'exemple de mes prédecesseurs. Ant. Ritti, pendant trente-cinq ans, Henri Colin pendant plus de dix ans, se sont donnés entièrement à la tâche de maintenir dans cette revue les traditions de l'Ecole française.

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Décembre 1930. 1. 24

Fondées en 1843 par Baillarger, Cerise et Longet, qui réalisaient une pensée de Pinel, les *Annales Médico-psychologiques* constituent un répertoire unique de l'histoire de la psychiatrie. Leur publication précédéa de quelques années seulement la fondation de la Société Médico-psychologique. Le dernier lundi de juin 1852, cinq ans environ après une première tentative (18 décembre 1847) entravée par une situation générale troublée (1), la Société Médico-psychologique put se constituer, établir son règlement et recevoir l'autorisation ministérielle. Depuis cette époque, les *Annales* ont régulièrement publié le compte rendu officiel des séances de la Société, séances consacrées à de « mutuelles et régulières communications sur les problèmes les plus divers de la pathologie mentale ». Présidée à cette date par Ferrus, la Société Médico-psychologique venait d'obtenir du Doyen de la Faculté de Médecine, Paul Dubois, « un local convenable dans les salles de l'Ecole de Médecine ».

En 1853, faisant part dans les *Annales Médico-psychologiques* de la constitution définitive de la Société, Baillarger, Brierre de Boismont et Cerise pouvaient se réjouir de constater en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, la création de revues analogues. Ils annonçaient même la naissance d'un « nouveau journal de psychiatrie », supplément de la *Gazette médicale de Milan*.

Depuis lors, de nombreuses publications consacrées à la psychiatrie, puis à la neurologie, de nombreuses sociétés spécialisées ont montré combien

(1) « Les sciences ont essentiellement besoin de repos et de stabilité ; l'agitation et les bouleversements sont leurs plus cruels ennemis ». (*Ann. Méd. psych.*, 1852, p. 226).

fut féconde l'idée de Pinel, pieusement recueillie et réalisée par ses élèves.

A partir de janvier 1931, la Société Médico-psychologique, rajeunie par l'apport de deux sociétés sœurs, et dont le nombre des membres a été notablement augmenté, tiendra deux séances mensuelles. Considérablement accru, son *Bulletin* sera, comme par le passé, publié par les *Annales Médico-psychologiques*. Comme nous l'écrivions ici le mois dernier, cette Revue devra elle-même être modifiée, augmentée, adaptée à des besoins nouveaux.

Avec le concours de tous, cette transformation unanimement désirée, autant par le Comité de Rédaction et par l'éditeur des *Annales* que par la Société Médico-psychologique, pourra être réalisée dès le prochain numéro (janvier 1931). Elle entraînera nécessairement un travail de mise au point ultérieur, mais la nouvelle présentation sera réalisée d'emblée. Le Comité de rédaction sera élargi et devra représenter les diverses tendances de la psychiatrie française.

Pour donner à cette revue psychiatrique mensuelle, contenant le Bulletin officiel de la Société Médico-psychologique, la présentation et l'importance qu'elle doit avoir, le prix de l'abonnement, actuellement très modique, devra être augmenté.

Pour s'engager dans cette voie, il suffira à la rédaction des *Annales*, forte de l'appui de tous, de s'inspirer des idées directrices des fondateurs des *Annales Médico-psychologiques*. « Escortés de guides sûrs et expérimentés », ils ont « toujours conçu » ce journal comme « une tribune ouverte aux bons travaux sans acceptation de personnes, et à la critique elle-même qui doit aussi y avoir sa

place ». Plaçant « au premier rang les travaux vraiment pratiques, ceux qui peuvent servir à éclaircir quelques-uns des points obscurs de la pathologie mentale », ils réservaient cependant un « accueil empressé » à tous les « travaux se rattachant à l'étude de la folie ». En plus de ces différents mémoires originaux, et du *Bulletin de la Société Médico-psychologique*, les rédacteurs des *Annales* pouvaient constater en 1853 que les Revues des journaux étrangers n'avaient été nulle part plus complètes que dans les *Annales*, qu'aucun ouvrage important n'avait paru en France ou à l'étranger sans qu'il en ait été rendu compte. Adaptée aux nécessités bibliographiques modernes, cette tradition sera renouée.

Ainsi que l'écrivaient, en 1843, les fondateurs de cette revue : « La voie des réformes et des améliorations est ouverte. Il faut, à notre époque, s'enquérir des progrès indispensables, des lacunes nombreuses à combler (1) ».

René CHARPENTIER.

(1) *Ann. Méd. psych*, 1843, p. 3.

LE MÉCANISME DES HALLUCINATIONS

Par G. DE MORSIER (Genève)

Dans une étude sur le Mécanisme des Hallucinations (1), M. le Prof. H. Claude vient d'exposer une Doctrine psychologique analogue à celle de M. Bleuler et qui, par là même, appelle des critiques semblables (2). C'est ce qui nous engage à revenir sur ce sujet.

LES DOCTRINES PSYCHOLOGIQUES

Nous exposerons tout d'abord, en résumé, la sémiologie puis la pathogénie des hallucinations telles qu'elles ressortent du mémoire de M. Claude.

Au point de vue *sémiologique*, l'auteur s'applique à faire une distinction essentielle et fondamentale entre les « hallucinations vraies » d'une part, et les « pseudo-hallucinations » de l'autre. Pour lui, les hallucinations vraies sont caractérisées par l'invasion dans la conscience de sensations élémentaires neutres, vides de contenu affectif, inattendues, anidéiques. Ce sont des sons sans signification, des appels, des paroles quelconques stéréotypées, des figures sans caractère spécial. A ces hallucinations vraies s'opposent les pseudo-hallucinations qui sont des « phénomènes de croyance en de fausses réalités perceptives ». Elles se distinguent essentiellement des premières par leur « charge affective qui les engage profondément dans la personnalité du sujet et par leur liaison complexe à tout un système

(1) H. CLAUDE. — Mécanisme des Hallucinations. (*Encéphale*, mai 1930).

(2) G. DE MORSIER et F. MOREL. — Critique de la Notion de Schizophrénie. (*Ann. M.-P.*, déc. 1929).

de représentations analogues et de même sens qui constitue le plus généralement un syndrome d'action extérieure ». Les voix s'adressent aux malades, les injurient et les flattent, font des réflexions sur leurs actes, etc.

A chacune de ces catégories d'hallucinations correspond, d'après M. Claude, une *pathogénie* particulière.

Les hallucinations vraies « sont la conséquence d'une altération organique ou d'un trouble dynamique des appareils sensitifs ou sensoriels ». On les trouve dans les lésions cérébrales ou méningées (tumeurs, P. G., méningites), dans les intoxications (alcool, cocaïne, haschisch), dans les troubles circulatoires (épilepsie et migraines).

Par contre, les pseudo-hallucinations qu'on rencontre dans les états délirants passagers des débiles et surtout dans les Psychoses hallucinatoires et les Psychoses paranoïdes, relèvent de mécanismes tout différents de celui qui vient d'être exposé. C'est la conception de l'origine psychique des manifestations pseudo-hallucinatoires qui doit être opposée à la théorie de l'origine organique. Pour expliquer la genèse de ces pseudo-hallucinations, M. Claude paraît hésiter entre trois mécanismes différents :

1) Les manifestations hallucinatoires et surtout les hallucinations auditives seraient le résultat d'un trouble de la « cénesthésie ». C'est la tendance naturelle aux débiles ou la constitution paranoïaque qui pousse les malades à invoquer une action extérieure.

2) Les hallucinations se développeraient aussi sur une base d'hyperendophasie et de rumination mentale. Mais pour déclencher l'hallucination il faut encore soit un choc affectif, une émotion, un chagrin, soit un trouble de la santé générale ayant une action sur les centres nerveux. Le sujet est peu à peu conduit, par suite d'un appoint imaginatif ou d'habitudes interprétatives, à rapporter à une cause extérieure des phénomènes qui sont fortement adhérents à sa personnalité. Les mécanismes que le malade déclare être des données immédiates (on m'oblige à penser, je ressens de l'électricité) ne sont en réalité que des interprétations tardives où

le malade coule ses tendances affectives. Le malade arrive à ces conclusions par introspection délirante.

Le syndrome d'action extérieure représente l'ensemble de ces interprétations morbides (voix extérieures, prise de la pensée, ordres, pseudo-hallucinations cénothésiques).

3) Les hallucinations se développeraient encore à la faveur de la persistance ou du réveil des souvenirs onéiriques plus ou moins conscients. Il s'agit d'états crépusculaires de la conscience qui révèlent et organisent une activité onéirique imaginative et affective qui prend l'apparence d'une réalité hallucinatoire imposée à la conscience. Ces états crépusculaires peuvent être des états confusionnels qui amènent un fléchissement de la critique, de l'activité intellectuelle, un rétrécissement du champ de conscience, du diaphragme mental. Ils peuvent être aussi causés par des rêves, des cauchemars, c'est-à-dire des états onéiriques liés à un sommeil anxieux. Dans la phase de lucidité consécutive le malade projette dans ses perceptions des croyances délirantes qui les déforme. Au sein des épisodes onéiriques confusionnels la croyance à l'action extérieure peut se constituer de trois manières : a) Parce qu'ils produisent un tel dévergondage de l'imagination que le malade en est réduit à la croire inspirée par le dehors. b) Parce que le rêve exprime un complexe refoulé. c) Parce que l'introspection ou la ruminations mentale favorisées par ces états crépusculaires de la conscience fait apparaître comme étrangers les sensations et les automatismes. Pour qu'il évolue, le syndrome d'action extérieure doit correspondre à quelque « secrète angoisse » ou à quelque « secret désir ».

CRITIQUE DE LA SÉMIOLOGIE DUALISTE

Reprendons successivement chacun des points exposés. Tout d'abord la sémiologie.

Comme nous l'avons exposé en détail avec F. Morel à propos de la Schizophrénie, l'observation des malades montre que les psychoses hallucinatoires sont constituées par une série de mécanismes élémentaires, dont

la liste commencée par Baillarger, continuée par Séglas, a été complétée par M. de Clérambault.

On a, depuis longtemps, cherché à les classer. Le caractère différentiel qui avait frappé Baillarger était celui de l'extériorité spatiale : certains malades disent qu'ils entendent des voix qui viennent de l'extérieur (hallucinations psycho-sensorielles), et d'autres déclarent que les voix sont « muettes, senties, dans la tête, comme des pensées », etc. (hallucinations psychiques). Et Séglas divise les hallucinations psychiques de Baillarger en verbo-motrices et en pseudo-hallucinations verbales.

Pour classer les hallucinations, M. Claude nous propose un caractère différentiel tout différent. Il le trouve non plus dans le caractère d'extériorité, mais bien dans le *contenu* des voix :

« Les hallucinations vraies, nous dit-il, sont « neutres, vides de contenu affectif, anidéiques, simples, inattendues ». Ce sont des sons sans signification, des appels, des paroles quelconques stéréotypées. Les pseudo-hallucinations, au contraire, sont des voix qui s'adressent aux malades, les injurient et les flattent, font des réflexions sur leurs actes, ont une charge affective qui les engage profondément dans la personnalité du sujet.

A l'aide d'un tel critère, M. Claude sépare profondément des phénomènes qui relèvent d'un seul et même mécanisme. Ainsi, d'après les caractères différentiels énumérés, on voit que l'Echo de la Pensée doit être considéré tantôt comme une hallucination vraie (lorsque le contenu de la Pensée répétée est vide de charge affective), tantôt comme une pseudo-hallucination (lorsque la voix répète des pensées importantes pour le sujet). Il en est de même pour l'énonciation des actes, et ainsi de suite.

Cette discussion sémiologique serait d'ailleurs sans grand intérêt, si M. Claude n'admettait pas, pour expliquer un seul et même mécanisme, deux *pathogénies* radicalement différentes : les hallucinations vraies, c'est-à-dire les voix à contenu vide d'affectivité, sont d'origine organique, alors que les pseudo-hallucinations,

c'est-à-dire les voix à contenu chargé d'affectivité, sont d'origine psychologique. M. Claude professe donc un dualisme analogue à celui de M. Bleuler qui, on s'en souvient, distingue dans la Schizophrénie des symptômes primaires, d'origine organique, et des symptômes secondaires, parmi lesquels figurent les hallucinations, et qui seraient « psychogènes ». Cependant, alors que M. Bleuler ne fait appel pour expliquer les hallucinations qu'aux seuls concepts de la Psychoanalyse, M. Claude utilise à peu près tous les concepts de la Psychologie. Son exposé constitue la Somme de toutes les théories psychologiques qui ont été proposées jusqu'à maintenant pour expliquer la genèse des hallucinations. En faire la critique c'est donc faire la critique de toute Psychogénie.

Nous étudierons successivement les concepts de la Psychologie intellectuelle et ceux de la *Psychologie affective*.

**

CRITIQUE DE LA PSYCHOGÉNIE INTELLECTUELLE

Un premier groupe d'explications admises par M. Claude provient directement de ce qu'on peut appeler l'Idéogénie Classique, qui est fondée sur la Psychologie des Facultés intellectuelles : Perception, Imagination, Jugement, Attention, Réflexion. Ces concepts, établis par introspection chez des individus normaux, ont, depuis l'Antiquité, servi de matériaux aux Spéculations philosophiques.

Ce n'est que dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, au moment où la Philosophie de Locke était prépondérante, que cette Psychologie des Facultés a passé dans la médecine, et que ses concepts ont servi d'explication aux symptômes qu'on commençait à observer chez les Aliénés. L'influence néfaste de cette Psychologie se fait sentir encore actuellement. On a pensé pouvoir expliquer les troubles mentaux en général et les hallucinations en particulier par des « lésions » de la Perception, de l'Imagination, du Jugement, de la Réflexion. Or, de tels concepts, établis par introspection chez des

individus normaux, ne permettent précisément aucune explication des Hallucinations, phénomènes nouveaux que par définition les individus normaux ne présentent pas, et qui viennent interférer avec l'activité cérébrale normale.

Chacune des Facultés a eu, à son tour, la préférence.

La *Perception* a été étroitement associée à la définition de l'Hallucination dès l'instant où ce dernier terme est devenu d'un usage courant. Sauvage, Sagar, Cullen, et tous les auteurs qui viennent après eux, emploient « Fausse-Perception » comme synonyme d'Hallucination. A ce titre, on ne saurait maintenant expliquer un des termes par l'autre. Et lorsque M. Claude nous dit que les « pseudo-hallucinations sont des phénomènes de croyance en de fausses réalités perceptives » et que les malades « projettent dans leurs perceptions des croyances délirantes », il ne peut s'agir là que d'une métaphore pittoresque et non d'un mécanisme explicatif.

L'*Imagination* a été de toutes les Facultés la plus anciennement et la plus constamment mise à contribution. L'introspection courante montre qu'en évoquant une image on croit la « voir », en évoquant une mélodie ou une phrase, on a l'impression de les « entendre ». De là à admettre que les malades qui disent entendre des voix ont « l'imagination vive », il n'y a qu'un pas.

Déjà Locke, dans de courts passages qu'il consacre à la Folie, dit : « Les fous ont converti leur propre fantaisie en réalité par la force de leur Imagination (1). » Après lui, Sauvage répète : « Les Hallucinés imaginent et perçoivent ce qu'ils ne sentent pas (2). »

Et Pinel donne à cette pseudo-explication tout le poids de son autorité : « Quelques-unes de ces mélancoliques de l'hospice ont l'imagination si fortement frappée de l'idée d'une persécution dirigée contre elles par des ennemis invisibles qu'elles éprouvent des anxiétés

(1) LOCKE — *Essai*. Trad. Coste, Livre II, Chap. XI, Par. 13, 1758.

(2) BOISSIER DE SAUVAGE. — *Nosologia*. Edit. 1768, t. II, p. 240.

continuelles et que la nuit même elles croient entendre des bruits sourds par des machinations secrètes dont elles redoutent de devenir les victimes (1). » Seule ou combinée avec d'autres Facultés, l'Imagination a toujours servi depuis à expliquer la genèse des hallucinations. M. Claude dit encore : « Ces épisodes (onériques) produisent un tel dévergondage de l'imagination que le malade en est réduit à la croire inspirée par le dehors. » Mais il est évident que l'Imagination ou la Rumination mentale, concepts établis par introspection chez les individus normaux, ne peuvent pas servir à expliquer l'Hallucination, mécanisme élémentaire de la psychose, qui précisément ne se trouve pas chez des individus normaux. Taine avait bien vu la difficulté puisqu'il a essayé de l'escamoter en disant non plus que l'Hallucination est une Imagination trop vive, mais bien que l'Imagination normale est constituée par une série d'Hallucinations « qui n'aboutissent pas » (2). Et M. Quercy, qui avoue n'être « pas fâché de trouver chez les philosophes la théorie des faits qu'il a pour métier d'observer », cherchant une « pensée neuve et persuasive » qui pourrait remplacer l'œuvre « vieillie et peu originale » de Taine, résume ainsi la psychiatrie de Bergson : « L'Hallucination est un phénomène normal et constant et nos souvenirs sont projetés au dehors (3). » D'une façon comme de l'autre la Psychologie des Facultés ne fournit donc que des explications verbales. D'ailleurs M. Claude montre lui-même que l'Imagination est incapable d'expliquer les faits cliniques, puisqu'il l'admet comme facteur causal, aussi bien chez les débiles (qui en sont dépourvus) que chez les individus « à tendances paranoïaques » (qui en ont trop).

Une autre Faculté, le *Jugement* (ou *Interprétation*) a joué depuis longtemps un grand rôle dans l'explication des troubles mentaux. Pour Sauvage, les troubles du

(1) PINEL. — *Traité*, 2^e édit., p. 116, 1809.

(2) TAINÉ. — *De l'intelligence*.

(3) QUERCY. — Remarque sur une théorie bergsonienne de l'hallucination (*An. M.-P.*, oct. 1925).

Jugement caractérisent la classe des Vésanies. Et Crichton qui, le premier, a rapporté systématiquement les troubles mentaux aux maladies des Facultés de l'âme, lui consacre un chapitre (1). Sentant sans doute que l'Imagination à elle seule ne pouvait prétendre à expliquer les Hallucinations, Falret a introduit le concept de Jugement : « Un second élément est nécessaire pour en faire un délire. Il faut que le malade croie à la réalité actuelle des images, il faut que le Jugement et toutes les facultés qui y coopèrent soient altérées (2). »

Plus récemment MM. Sérieux et Capgras ont cru pouvoir établir une entité nosologique radicalement différente du délire à base d'Hallucinations : la Psychose à base d'Interprétation délirante, dans laquelle « la richesse extrême des interprétations délirantes constitue la base même des conceptions morbides » (3). L'interprétation délirante est pour eux « un raisonnement faux ayant pour point de départ une sensation réelle, un fait exact, lequel, en vertu d'association d'idées, lié aux tendances, à l'affectivité, prend, à l'aide d'inductions ou de déductions erronées, une signification personnelle pour le malade, invinciblement poussé à tout rapporter à lui... Le délire d'interprétation est un système d'erreurs... une bonne partie du délire est due à la précipitation du jugement, au défaut de réflexion, à des généralisations incorrectes... L'attention volontaire s'applique à son tour sur certaines idées qu'elle grossit démesurément... L'imagination, cette maîtresse d'erreurs et de fausseté, intervient quelques fois... C'est d'abord un travail inconscient d'élaboration, d'incubation, sorte de rumination... », etc. (4). A l'aide de tous

(1) CRICHTON. — *An inquiry into the mental derangement*, 1798, chap. V. Dans les autres chapitres, l'auteur étudie l'Imagination et ses maladies, les Passions et leurs maladies, etc.

(2) FALRET (J.-P.). — *Des maladies mentales*, 1864, p. 281.

(3) SÉRIEUX et CAPGRAS. — Les Psychoses à base d'interprétation délirante (*An. M.-P.*, mai 1902).

(4) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *La folie raisonnante*. Mécanisme de l'interprétation, p. 220.

ces concepts empruntés à la psychologie normale, il est évidemment impossible d'expliquer pourquoi les malades délirent. Une telle terminologie ne pourrait tout au plus expliquer comment des sujets normaux se trompent, c'est-à-dire font des syllogismes faux à partir de prémisses exactes.

Or si on lit attentivement les nombreuses observations données par MM. Sérieux et Capgras comme type de Psychose interprétative, on voit facilement que tous leurs malades parlent de suggestion, d'hypnotisme, de fluide, d'électricité, d'action à distance ; ils ont des mouvements imposés, des pensées inaccoutumées, des sentiments d'étrangeté, des fausses reconnaissances ou encore des épisodes hallucinatoires auditifs et même des hallucinations psycho-motrices verbales. Il est donc évident que ce sont ces mécanismes élémentaires, sensitifs, moteurs, verbaux ou idéiques, qui produisent la Psychose. Que le malade présente des pensées imposées, des hallucinations, des intuitions ou des convictions (*Automatismes convictionnels*), ce sont toujours les mécanismes élémentaires d'origine strictement physiologique qui sont à la base du délire. L'Interprétation, activité psychologique normale, vient ensuite. *Le moment convictionnel précède toujours le moment interprétatif.* Que le délire ait un contenu de persécution, de jalousie, d'érotomanie ou d'hypocondrie, le mécanisme est le même (1). On ne peut donc admettre avec MM. Sérieux et Capgras que l'hallucination verbale n'est qu' « un écho des préoccupations délirantes », ni que « les hallucinations psychiques ne sont que l'interprétation délirante du langage intérieur », ni enfin avec M. Claude que « les pseudo-hallucinations admettent une explication psychologique de par la complexité même des opérations qu'elles impliquent (jugement, interprétation) ».

En généralisant jusqu'à l'absurde, quelques auteurs ont prétendu réduire l'hallucination au seul trouble du

(1) G. DE MORSIER. — *Les mécanismes élémentaires de la Psychose. Intuition, conviction, audition* (Soc. Médico-Psych. de Genève, 2 fév. 1928. In. *Arch. de N. et de P.*, XXV, p. 148),

Jugement. Ainsi M. Blondel rapporte l'histoire d'une femme atteinte de Psychose hallucinatoire chronique avec hallucinations multiples de tous les sens. Pour contester l'existence des hallucinations, l'auteur, s'appuyant sur les entités nosologiques fictives de Kraepelin et sur leurs définitions arbitraires, ne craint pas de construire les deux syllogismes suivants : 1) Mme B. ne présente pas d' « affaiblissement des facultés intellectuelles ». Or les malades qui ne présentent pas d'affaiblissement des facultés intellectuelles sont atteints de Paranoïa. Donc la Psychose de Mme B. est une Paranoïa. 2) La Paranoïa a comme symptôme fondamental l'interprétation délirante. Or Mme B. présente un grand nombre d'hallucinations. Donc les hallucinations de Mme B. doivent être considérées « comme une forme extrême de l'interprétation délirante » (1).

En étudiant les hallucinés « avec l'idée préconçue suivante : quand un malade paraît entendre des voix, peut-on le considérer non comme un halluciné mais comme un interprétant ? », M. Quercy, ne trouvant pas « la preuve contraire », conclut que « les faits psychiques ressentis comme automatiques sont une manière d'interprétations comme une autre... Je crois d'elles (des hallucinations psycho-motrices) que ce ne sont pas des hallucinations, mais qu'elles constituent simplement un groupe d'interprétations » ; et il prévoit un temps proche où « un dernier groupe d'hallucinations aura disparu » (2). Et M. Claude nous affirme que « les mécanismes que le malade déclare être des données immédiates ne sont en réalité que des interprétations tardives ».

C'est donc précisément au nom de ces concepts de Jugement, d'Interprétation, établis par introspection chez des individus normaux, qu'on vient dénier toute valeur au résultat de l'introspection des hallucinés eux-mêmes ! De telles explications psychologiques, non

(1) BLONDEL. — Paranoïa et Hallucinations (*Encéphale*, 1910, I, p. 612).

(2) QUERCY. — Voix et hallucinations (*Encéphale*, 1920. Tome 2, p. 618).

seulement ne sont pas logiquement fondées, mais sont encore directement contraires aux faits cliniques : tous les hallucinés, sans exception, affirment que les pseudo-hallucinations aussi bien que les hallucinations vraies sont des données immédiates, primitives qui s'imposent à leur esprit sans aucun travail préparatoire. Qu'on lise les relations de Kandinski (1), Schreber, Fehrlin, qu'on interroge les sujets qui ont absorbé du haschisch ou de la mescaline, ou simplement qu'on interroge n'importe quel malade, on entendra toujours énoncer le même fait : *les pseudo-hallucinations s'imposent au malade comme des données immédiates, comme des corps étrangers*. C'est là le fait capital qui avait déjà frappé Baillarger quand il parlait d'« automatisme des facultés » ou « automatisme cérébral », c'est le fait qu'a affirmé à nouveau Séglas en disant : « Ces faits cliniques (pseudo-hallucinatoires) montrent bien qu'il ne s'agit pas dans ces hallucinations spéciales d'une simple interprétation délirante, comme l'ont prétendu certains auteurs, mais bien qu'elle résulte d'un trouble psychopathique intéressant une fonction intellectuelle bien déterminée : la fonction du langage » (2). Voilà le fait indiscutable. Le nier c'est prétendre décrire un pays qui vous est inconnu à ceux qui y sont allés. Pas plus que l'Imagination, les concepts de Jugement, d'Interprétation établis par l'Introspection chez les normaux, ne peuvent donc expliquer la genèse des Hallucinations.

Un autre groupe de concepts est employé abondamment dans l'exposé de M. Claude, grâce à une grande richesse de synonymes : « affaiblissement intellectuel, engourdissement intellectuel, fléchissement de la critique, de l'activité intellectuelle, du contrôle rationnel ». Or ces termes ne sont rien d'autre que les équivalents à peine modernisés des autres Facultés intellectuelles de l'âme : la *Raison*, la *Réflexion*, l'*Attention*. Afin

(1) KANDINSKI. — *Zur Lehre von den Hallucinationen* (*Arch. f. Psych.*, t. XI, p. 453).

(2) SÉGLAS. — *Hallucinations psychiques et pseudo-hallucinations verbales*. (*Journal de Psych. Norm. et Path.*, 1914, p. 305).

d'expliquer pourquoi l'Imagination, cette Faculté normalement dévolue à tout le monde, donne lieu seulement chez quelques-uns à des hallucinations, les Idéogénistes ont été obligés de reculer constamment le problème, en faisant appel successivement à chacune des autres Facultés, dont la lésion pourrait alors conditionner celle des précédentes. Ainsi se sont constitués, en un cercle vicieux, les quatre moments de l'Idéogénie classique : Imagination exagérée ; Jugement erroné (qui « projette dans les Perceptions » les Images) ; Attention dévoyée qui ne peut se détourner d'elles ; Affaiblissement intellectuel général qui permet toute l'opération.

Esquirol avait indiqué la voie : « L'homme le plus raisonnable aperçoit quelquefois dans son esprit les idées les plus extravagantes, ou associées de la manière la plus bizarre. Les occupations ordinaires, les travaux de l'esprit, la Raison distraient de ces idées, de ces images, de ces fantômes. Mais celui qui délire, ne pouvant commander à son attention, ne peut la diriger, ni la détourner de ses objets fantastiques : il reste livré à ses hallucinations (1). » Esquirol donne ainsi d'emblée l'Idéogénie Intellectuelle sous sa forme parfaite. Depuis cent ans, on se donne beaucoup de peine pour paraphraser chacun des termes. C'est devenu un exercice de rhétorique auquel peu d'auteurs ont su résister. Une des plus récentes transcriptions du Thème d'Esquirol est celle de M. Revault d'Allonne : « Une pensée d'aspect étranger, produite dans les replis de l'Individualité, d'où le Moi affaibli s'est retiré, s'affuble avec complaisance d'authentifications sensibles (2). »

Nous n'avons pas à nous prononcer sur la valeur littéraire de cette phrase, mais que M. Revault d'Allonne ne vienne pas prétendre avoir, en l'écrivant, « singulièrement simplifié le problème de la sensorialité hallucinatoire » !

(1) ESQUIROL. — *Des hallucinations* (1817), in *Des maladies mentales*, T. I, p. 191.

(2) REVault D'ALLONNES. — L'hallucination. (*An. Méd.-Psych.*, 1926, T. I, p. 52).

Kraepelin s'est contenté du seul « *Affaiblissement intellectuel* » pour expliquer des états dont les hallucinations constituaient les seules manifestations morbides. Alors qu'il est évident que les mécanismes élémentaires, par leur nombre et leur intensité ou leurs localisations fonctionnelles, arrivent tardivement à produire l'aspect pittoresque nommé « *Démence* », Kraepelin n'a pas hésité, contrairement à toute méthode, à expliquer les mécanismes légers du début par l' « *affaiblissement démentiel* ».

Raisonnant de même, M. Claude tente d'expliquer les Hallucinations par l'*Affaiblissement intellectuel* résultant d'une *Confusion mentale*. Mais la *Confusion mentale* (ou *Démence Aiguë*) n'est que l'aspect présenté par le malade lorsque les mécanismes élémentaires surviennent brusquement en grand nombre et avec une intensité forte. Vouloir rapporter la genèse d'une hallucination à la *Démence* ou à la *Confusion mentale*, c'est expliquer la cause par l'effet. D'ailleurs l'apparition d'hallucinations sans trace de confusion mentale est d'observation courante.

La notion d' « *état crépusculaire* » employée par M. Claude ne saurait non plus intervenir dans la genèse des *Psychoses hallucinatoires*. Moreau (de Tours) employait ce terme pour désigner les « modifications spéciales de l'intelligence qui tiennent le milieu entre l'état de folie et l'état de raison » et qu'on rencontre dans l' « *ivrognerie (habitude de l'ivresse)* ». La cause toxique supprimée, l'état crépusculaire doit donc disparaître (1). Dans l'acceptation actuelle du terme (*Dämerzustand*), il s'agit principalement d'*amnésie transitoire*. Or, comme nous l'avons montré ailleurs, ces malades ne conservent pas trace de leurs hallucinations quand l'*acquisitivité mnésique* reparaît. Ils ne peuvent donc en faire l'objet de « *ruminations mentales* ».

Nous ne comprenons pas non plus comment un rêve ou un cauchemar, phénomènes physiologiques, peuvent

(1) MOREAU DE TOURS. — *Du haschisch et de l'aliénation mentale*, 1845, p. 190.

être rendus responsables du déclenchement d'une Psychose Hallucinatoire. Nous ne pensons pas que « l'interrogatoire des délirants hallucinés, ni les renseignements fournis par leur entourage » ne puissent servir à établir une pareille étiologie. Si les rêves ont un caractère pathologique dans la période de début de la Psychose, ces phénomènes sont produits par la même cause (intoxication, infection, etc.) qui produit plus tard les hallucinations, comme Régis l'a montré depuis longtemps (1). Admettre un rapport de cause à effet entre les rêves et les cauchemars et une psychose hallucinatoire chronique, c'est commettre une erreur de méthode contre laquelle on ne saurait assez mettre en garde : on pourrait tout aussi bien soutenir qu'une Epilepsie convulsive est causée par la secousse myoclonique d'endormissement, que tout le monde a ressentie au moins une fois dans sa vie, etc.

Bien d'autres concepts psychologiques ont été employés. Les explications par la *Conscience* ont eu leur heure de gloire avec P. Janet. M. Claude paraphrase à son tour la métaphore de Janet et nous proposons « concentration du diaphragme mental » à la place de « rétrécissement du champ de conscience ». Nous avons montré ailleurs la non-valeur du concept « conscience » et de ses dérivés (subconscient, inconscient) dans l'explication des faits cliniques (2).

M. Bleuler a cru trouver dans *l'Association des idées* un critère précis pour délimiter sa « schizophrénie ». Or ce concept est un des premiers que les auteurs aient emprunté à la Psychologie philosophique pour expliquer la Folie : Locke dit déjà que les fous « ont joint mal à propos certaines idées » et que cette « union déréglée d'idées » est « plus ou moins forte dans les uns que dans les autres » (3). Nous verrons plus loin

(1) Régis. — *Précis de psychiatrie*, 1914, p. 337.

(2) G. DE MORSIER. — Les amnésies transitoires. Conception neurologique des états dits somnambulisme, états seconds, automatisme ambulatoire. (Paraitra dans *l'Encéphale*, janv. 1931).

(3) LOCKE. — *Essai*, p. 332.

l'usage que M. Freud a voulu faire de ce concept pour expliquer la genèse des hallucinations.

Le concept philosophique de *Réalité* a été mis également à contribution. La « perte de la fonction du réel » (Janet), la « perte du contact vital avec la réalité » (Minkowski) ne sont que des paraphrases du vieux mot « Aliéné » et n'ont donc pas plus de valeur explicative que lui.

M. Dide, pour se « rattacher à la pensée des grands maîtres » et sauvegarder « tout ce que la Psychologie élémentaire nous a appris », invoque, pour expliquer les hallucinations, un « fléchissement psychogénétique massif », le « repliement sur soi-même », et même, à la suite d'Hesnard, la « désorientation progressive ou rapide des sources biologiques de la Pensée » (1). Et M. Vermeylen parle de « reversion de la formule psychique », de « polarisation et de stylisation de la pensée affective et sa projection extérieure » (2). Il serait d'ailleurs fastidieux d'énumérer tous les synonymes qui ont été proposés. Chacun peut s'amuser à en chercher d'inédits.

Mais les paraphrases les plus savantes n'auront jamais plus de valeur explicative que la locution populaire : « perdre la raison ».

On peut ainsi combiner comme on veut les concepts de la Psychologie classique. Constitués par introspection chez des individus normaux, ils ne sauraient prétendre à expliquer l'Hallucination, phénomène nouveau, que par définition les individus normaux ne présentent pas. *Les mécanismes élémentaires des Psychoses, qui se superposent à l'activité cérébrale normale et viennent interférer avec elles, ne peuvent être ni définis ni expliqués par des concepts empruntés à la Psychologie normale.*

**

(1) DIDE. — *L'automatisme psychopathique est une résultante et non une cause.* (*Encéphale*, 1928).

(2) G. VERMEYLEN. — *Le problème psycho-pathologique des Hallucinations.* (*J. de N. et de P.*, déc. 1929).

CRITIQUE DE LA PSYCHOGÉNIE PASSIONNELLE OU AFFECTIVE

A côté des explications empruntées à l'Idéogénie classique fondée sur la Psychologie intellectuelle, nous trouvons dans l'exposé de M. Claude un deuxième groupe de notions qui sont tirées de la *Psychologie des Passions* ou *Psychologie affective*, et plus particulièrement de sa forme actuelle : la Psychanalyse.

De tous temps on a fait remarquer l'analogie pittoresque entre l'état passionnel et la Folie. La classe des « Morosités » correspondait suivant Sauvage à la Folie dans laquelle « les passions sont désordonnées ». Ce n'est qu'au XVIII^e siècle que la doctrine de l'origine passionnelle des délires s'est constituée. Si les Facultés intellectuelles servaient à expliquer les mécanismes des délires, c'étaient les Facultés affectives qui tenaient lieu d'étiologie. Devant le mystère qui à cette époque enveloppait la folie, les premiers théoriciens pouvaient-ils faire autrement que d'adopter les explications des malades eux-mêmes et de leur famille qui trouvent à leur état les meilleures justifications dans leurs difficultés sentimentales antérieures ? « Les effets des émotions ou des passions violentes de l'âme ont été le plus fréquemment les Causes éloignées de la manie », dit Cullen (II, p. 485) (1). « Les impressions sensorielles qui viennent du Désir ou de l'Aversion, qui donnent naissance à la Passion... causent la folie », assure Crichton. Mais déjà il met en garde contre l'opinion populaire : « l'amour malheureux passe pour produire la folie, mais je crois que ce fait est plus rare qu'on ne se l'imagine... » (2). « Parmi les causes occasionnelles de la démence, on peut ranger toutes les Passions, tant celles qui tendent à augmenter l'énergie du principe vital que celles qui la compriment ou la diminuent », écrit Mason Cox (3).

(1) CULLEN. — *Éléments de médecine pratique*. Trad. Bosquillon, 1787, t. 2, p. 485.

(2) CRICHTON. — *Loc. cit.*, t. 2, p. 139 et p. 320

(3) MASON COX. — *Observations sur la démence*. Trad. Odier, Genève, 1806.

Et Pinel reconnaît explicitement que ce sont les « *informations les plus étendues, fournies par des parents des aliénés de Bicêtre, ou bien par des personnes qui conservaient avec eux quelques liaisons*, qui l'ont convaincu que les sources les plus ordinaires de l'aliénation mentale tiennent à quelque chagrin violent causé par des revers de fortune, de la perte d'un objet cher, aussi bien qu'à des terreurs religieuses, à un amour contrarié ou malheureux : d'où il est aisé de conclure que les délires non fébriles, loin de tenir à des vices d'organisation du cerveau, dépendent presque toujours de quelque passion forte et violemment » (1).

L'origine passionnelle des psychoses dues à des amours contrariées, établies sur la foi du témoignage des familles, a duré jusqu'à maintenant sans changement. Il suffit d'ouvrir n'importe quel traité pour s'en convaincre. M. Claude parle encore de « chocs affectifs », de « chagrins », de « secrets désirs », de « secrètes angoisses ».

Freud était donc bien dans la tradition lorsqu'en 1894, il a voulu préciser cette action de l'amour contrarié sur la production des hallucinations. Et il venait de la Salpêtrière où Charcot lui avait enseigné qu'à l'origine de l'Hystérie (qui comprenait alors une foule d'états hallucinatoires), il fallait mettre une idée fixe, une émotion-choc qui devait être la cause de la Névrose, comme l'accident était la cause de l'Hystérie traumatique.

Peut-être l'énorme édifice de la Psycho-analyse empêche-t-il de voir la base bien fragile sur laquelle il repose, et les aliénistes qui, comme M. Claude, emploient encore les concepts de la Psycho-analyse ont certainement oublié l'observation princeps sur laquelle repose la systématisation extravagante et ridicule que l'on ne connaît que trop. Cette première observation d'une Psychose hallucinatoire montrant à nu les erreurs de méthode et les sophismes sur lesquels repose le système, il n'est pas inutile de la rappeler.

(1) PINEL. — *Nosographie philosophique*, 6^e éd., 1818, t. 3, p. 53.

Il s'agit d'une femme qui hallucinait *depuis dix ans*. Freud la mit *en état d'hypnose* et apprit d'elle ce qui suit, sur les conditions qui avaient déclenché sa maladie dix ans auparavant : « Elle s'était éprise d'un jeune homme et croyait à un amour réciproque. Mais elle s'était trompée. Elle fut très déçue, mais espérait toujours qu'il reviendrait et l'épouserait. Elle en était malheureuse et malade. Elle l'attend pour un jour déterminé, le soir d'une fête de famille. Mais il ne vient pas. Alors elle se met à halluciner : il est arrivé, elle entend sa voix dans le jardin. Elle court en chemise pour le retrouver. Depuis, elle vit pendant deux mois un rêve heureux, il est là, il sera toujours à elle... » (1).

Tout aliéniste récuserait d'emblée une anamnèse fournie par le malade lui-même dix ans après le début de sa psychose, et, de plus, sous hypnose !

C'est accumuler à plaisir les causes d'erreurs. C'est pourtant sur des faits aussi discutables, pour ne pas dire inexistant, qu'est fondée la Psychanalyse qui pendant trente ans a fait tant de bruit dans le monde et dont on trouve encore des échos dans l'exposé de M. Claude. Et c'est à l'aide de cette seule observation que M. Freud base sa théorie sur la génèse des hallucinations. « Les hallucinations, dit-il, ont précisément comme contenu l'Idée qui a motivé la maladie. On peut donc dire que le Moi, en se réfugiant dans la Psychose, a réussi à se défaire d'une Idée qui était devenue incompatible avec lui. Ce mécanisme échappe aussi bien au malade lui-même qu'à l'examen clinique. On peut le définir de la manière suivante : le Moi s'arrache

(1) S. FREUD. — *Die Abwehr-Neuro-Psychosen. Versuch einer psychologischer Theorie, der acquirirten Hysterie, vieler Phobien und Zwangsvorstellungen, und gewisser halluzinatorischer Psychosen.* (*Neurolog. Centralblatt*, 1894, N°s 10 et 11), reproduit dans : *Sammlung Kleiner Schriften zur Neurosenlehre*, 2^e édit., 1911.

Nous ne parlons ici que du cas de Psychose Hallucinatoire. Les trois autres cas de soi-disant « névrose » (syndromes obsessionnels, phobiques ou anxieux) montrent les mêmes sophismes dans l'interprétation des faits.

ché à l'empire d'une Idée incompatible avec lui, mais comme cette Idée incompatible est intimement liée à un fragment de Réalité, le Moi, en s'arrachant à cette Idée, s'est arraché par là-même à la Réalité à laquelle l'Idée se trouvait soudée. Ce mécanisme est à mon avis la condition nécessaire pour que les Idées puissent prendre une Vivacité hallucinatoire. Le malade hallucine lorsqu'il a réussi cette Défense contre l'Idée incompatible. »

Comment a-t-on pu voir dans ce passage une « explication » des hallucinations ? M. Freud pose d'emblée ce qu'il prétend démontrer et qui est précisément contraire à tous les faits cliniques : les idées exprimées dans le contenu des hallucinations en sont la cause. Dire ensuite que l'Idée se sépare du Moi en emportant un fragment de Réalité, c'est formuler, à l'aide d'une métaphore pittoresque, le fait qu'il s'agit précisément d'expliquer : les hallucinations apparaissent au malade comme étrangères à son esprit. Et dire enfin que les idées « hallucinées » sont des idées « incompatibles », ce n'est qu'une définition verbale. Pour avoir une explication, il faut savoir comment les idées deviennent incompatibles, et partant hallucinatoires. Freud nous le dit : les idées deviennent incompatibles lorsqu'elles possèdent une certaine « Charge Affective ». Or, si M. Freud entendait par « Charge Affective », simplement la somme de réflexes émotifs associés à chacune de nos idées, la transformation en hallucination ne s'expliquerait pas, car on retomberait dans le schéma de la Psychologie Classique dont nous avons montré l'erreur : expliquer le pathologique par les concepts de la Psychologie normale. Sentant peut-être l'écueil, M. Freud s'est, contre son habitude, donné la peine de préciser très nettement que, par « Charge Affective », il entend « quelque chose qui a toutes les propriétés d'une Quantité, quelque chose qui peut augmenter, diminuer, se déplacer, et se répandre sur les traces mnésiques correspondant aux Idées, comme une charge électrique à la surface des corps ».

La « Charge Affective » est donc bien une force indépendante, ayant son point d'application sur les

neurones corticaux et leur confiant, à son gré, l'Incompatibilité, c'est-à-dire la Vivacité hallucinatoire.

M. Freud ne peut donc expliquer la génèse des hallucinations qu'en recourant à une Entité métaphysique transcendante qui en aucun cas ne saurait être admise comme explication d'un fait biologique.

En cherchant (avec raison) à sortir la théorie des Psychose de l'impasse dans laquelle l'avait mise la Dégénérescence mentale, dont l'origine métaphysique est évidente, M. Freud n'a fait que la précipiter dans une autre métaphysique, tout aussi stérile.

L'anachronisme curieux de cette doctrine apparaissant à la fin du xix^e siècle, ressort nettement si l'on relit les métaphysiciens du xvii^e siècle. Remplaçons l'entité métaphysique : « esprits animaux » par cette autre : « charges affectives » et « fibres intérieures » par son équivalent : « traces mnésiques » ; nous croyons entendre Mallebranche (1) : « Il arrive quelquefois, dit Mallebranche, dans les personnes qui ont les esprits animaux fort agités par les jeûnes, par les veilles, par quelque fièvre chaude ou par quelque *passion violente* que ces esprits remuent les fibres intérieures du cerveau, avec autant de force que les objets extérieurs, de sorte que ces personnes sentent ce qu'elles ne devraient qu'imaginer... »

Le deuxième cas de Psychose hallucinatoire observé par M. Freud, aurait dû lui montrer que sa théorie, échafaudée hâtivement sur un seul cas, n'était pas viable (2). Il s'agit d'une femme qui présentait depuis 1 ans 1/2 un syndrome d'Automatisme mental très net : on devine ses pensées, on voit tout ce qu'elle fait, on énonce ses actes, on commente ses mouvements, elle entend répéter et commenter un récit qu'elle vient de lire, etc. Comment expliquer par la Charge affective et le Désir refoulé un contenu qui, précisément, est le

(1) MALLEBRANCHE. — *Recherche de la vérité*, t. 2, chap. 1.

(2) S. FREUD. — *Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuro-Psychosen. III. Analyse eines Falles von chronischen Paranoïa* (*Neurolog. Centralblatt*, 1896, N° 10).

moins important (*Belanglosesten*), le plus indifférent pour le malade ? M. Freud ne reste perplexe qu'un instant. Il appelle à son aide la vieille Psychologie associationiste : « La solution de l'éénigme n'est pas difficile, annonce-t-il, les passages innocents et idylliques du récit ont été refoulés par la Censure, et, de ce fait, ont acquis la Vivacité hallucinatoire, parce qu'ils étaient associés par contraste et aussi par contiguïté avec les autres passages (en rapport avec des souvenirs sexuels)... »

Voilà donc la Vivacité hallucinatoire, la Pensée morbide, qui devrait se propager suivant les « lois » de l'Association des idées, donc suivant celles de la Pensée normale ! Mais cette explication échaffaudée pour les seules hallucinations en rapport avec un récit déterminé, comment serait-elle valable pour l'Echo de la pensée et l'Enonciation des actes (« Voilà Mme P. qui passe », « Maintenant elle cherche un logement », etc.), qui sont les symptômes les plus fréquents et les plus constants et qui ne sont en contiguïté ou en contraste avec aucune hallucination chargée d'affectivité ? C'est là une « éénigme » que M. Freud ne cherche même pas à résoudre. D'ailleurs, admettre que la Pensée hallucinatoire obéit aux mêmes « lois d'association » que la Pensée normale, est une absurdité évidente. A tel point que M. Bleuler, qui admet pourtant intégralement la théorie freudienne des hallucinations, est obligé de postuler un « trouble des associations des idées », pour expliquer leur génèse... Une fois de plus nous constatons que les tentatives faites pour expliquer les hallucinations à l'aide de concepts tirés de la Psychologie normale introspective, ne peuvent pas aboutir.

La conformité du « contenu » des hallucinations avec les « préoccupations » du malade, ne peut légitimer non plus une explication psychogénétique, comme M. Claude l'admet encore à la suite de M. Freud.

La mobilisation de mécanismes pseudo-hallucinatoires dont le contenu est « chargé d'affectivité », sous l'influence d'une infection (syphilis, encéphalite, etc.), ou d'une intoxication (alcool, haschisch, mescaline,

etc.), d'une tumeur ou d'un trouble vasculaire (migraine), est un fait d'observation courante. L'objection tirée du délire professionnel d'origine toxique est irréfutable : le malade délire-t-il parce qu'il est intoxiqué ou parce qu'il est « préoccupé » de sa profession ? Ici encore l'exemple rapporté par M. Claude réfute sa propre théorie : la femme « qui a eu un passé déréglé et aventureux » hallucine-t-elle parce qu'elle a envie d'être réhabilitée, ou bien parce qu'elle fait « une poussée d'hypertension intra-crânienne due à un réveil de paludisme » ? Entre les deux solutions, on est obligé de choisir, il n'y a pas de compromis possible. Admettre la première, c'est remonter un siècle en arrière, au temps où l'étude des « Causes morales » tenait lieu de Pathologie cérébrale.

Si M. Freud a pu créer, à la fin du XIX^e siècle, une théorie aussi simpliste des hallucinations, c'est qu'il ne possédait certainement que des notions extrêmement rudimentaires de clinique mentale. A la suite de l'énoncé de sa théorie, il nous fait cette confession importante : « Je n'ai que très peu d'analyses de Psychoses de ce genre, je crois cependant qu'il doit s'agir là d'un type très commun de maladie mentale, car, *dans tous les asiles d'aliénés on trouve des exemples analogues : la mère qui, devenue malade à la suite de la perte d'un enfant, berce inlassablement un morceau de bois dans ses bras, et la fiancée déçue qui, pendant de longues années, attend son fiancé revêtue de ses plus beaux atours...* »

Ainsi, malgré son appareil savant, la Psychanalyse n'est qu'une Systématisation métaphysique des explications passionnelles traditionnelles, des idées vulgaires sur la Folie. Dans l'imagerie populaire, le roman feuilleton, le scénario de mélodrame, la Folie n'est que le geste passionnel figé, le « symbole » du Désir irréalisable. « L'élan affectif », les « tendances affectives profondes », les « complexes refoulés », les « secrètes angoisses », les « compensations », qu'à la suite de M. Freud, M. Claude tient pour responsables des hallucinations, ne constitue donc que le résidu contemporain des explications animistes et vitalistes,

qui, chassées successivement des vicères thoraciques et abdominaux par la Pathologie générale, des nerfs et des segments sous-corticaux du névraxe, par la Neurologie, sont venues se retrancher en dernière ligne dans l'écorce cérébrale, d'où la Psychiatrie actuelle doit les déloger.

**

NÉCESSITÉ D'UNE DOCTRINE PHYSIOLOGIQUE

Ainsi, ni la Psychogénie intellectuelle fondée sur la Psychologie normale des Facultés, ni la Psychogénie Passionnelle et Affective, fondée sur les justifications fournies par les malades eux-mêmes ou leur entourage, et systématisées en empruntant des concepts à l'ancienne Métaphysique vitaliste, ne permettent d'expliquer la génèse des hallucinations.

Et, présentées simultanément, au choix, comme le fait M. Claude, les deux Doctrines psychogénétiques, l'Intellectuelle et l'Affective, se détruisent l'une l'autre parce qu'elles sont contradictoires. En effet, ou bien la femme « au passé déréglé et aventureux » hallucine à force d'être « préoccupée », de « ruminer » consciemment au sujet de sa réhabilitation (théorie intellectuelle), ou bien elle a refoulé longtemps auparavant ses préoccupations dans son inconscient, d'où elles surgissent à l'improviste, sous forme d'hallucinations, sans être reconnues par la malade. Opter pour l'une, c'est récuser l'autre.

A côté des théories psychologiques pures, M. Claude fait une concession à la Physiologie en admettant « que les manifestations dites hallucinatoires et surtout les hallucinations auditives sont le résultat d'un trouble de la cénesthésie ». C'est la théorie hybride de M. Guiraud. Pour cet auteur, les hallucinations sont dues à un trouble primitif de l'excitabilité au niveau du thalamus. L'état affectif et cénesthésique pénible qui en résulte, s' « intellectualise » secondairement en produisant des hallucinations auditives qui, « à cause de leur finalité affective et de leur complexité, ne peu-

vent résulter de l'excitation directe des régions temporales de Wernicke » (1). Rien ne peut justifier, à notre avis, une telle théorie hybride, mi-physiologique, mi-psychologique, si ce n'est le désir de sauver à tout prix les concepts de la Psychologie intellectuelle et affective. Les modifications physiologiques des voies sensitives ne peuvent expliquer que les troubles sensitifs (paresthésie, cénestopathie), et les hallucinations auditives verbales ne peuvent s'expliquer que par des modifications chronaxiques des neurones qui conditionnent la fonction du langage. Nous ne voyons pas comment on peut attribuer au thalamus plus de « finalité » qu'à l'écorce temporelle. La Clinique montre que les auditions apparaissent sans aucun état affectif ou cénesthésique pathologique et que chaque territoire fonctionnel peut être touché, indépendamment des autres, par les différents facteurs étiologiques.

Loin de prétendre à une forme parfaite d'embrée et immuable, comme les Doctrines Psychologiques qui emploient des concepts introspectifs inaccessibles à l'expérience, la Doctrine Physiologique suit, pas à pas, les progrès de la science expérimentale. Successivement, Parchappe, Moreau (de Tours), Luys, Meynert, Ritti, Ball, Tamburini, Séglas, et enfin M. de Clérambault, ont mis la théorie des hallucinations en accord avec les progrès de la physiologie générale du système nerveux et de la physiologie cérébrale. La théorie des localisations cellulaires, qui régnait encore sans conteste il y a une vingtaine d'années, ne permettait aucune explication satisfaisante du fonctionnement nerveux, et partant des hallucinations. Depuis, la conception synaptique du système nerveux (Sherrington, Lapicque), qui se montre de plus en jour plus féconde dans l'explication du fonctionnement normal et pathologique des voies sensitivo-motrices et sensorielles (Bourguignon), permet d'envisager l'hallucination comme une dysréflexie intracorticale, un trouble des accords chronaxi-

(1) GUIRAUD. — Les délires chroniques. Hypothèses pathogéniques contemporaines. *Enc.*, N° 9, 1925.

ques entre les neurones intra-hémisphériques. Mais la vérification d'une telle hypothèse se heurte actuellement à des difficultés techniques insurmontables.

Au lieu de continuer à assembler arbitrairement des concepts psychologiques dénués de valeur explicative et à faire hâtivement des synthèses grandioses mais fantaisistes, il vaut mieux constater loyalement que la théorie des hallucinations ne peut pas être faite pour l'instant, et se borner à indiquer la voie dans laquelle les recherches pourront être fécondes. Sur cette voie, quelques jalons sont déjà posés : l'apparition des pseudo-hallucinations organisées au cours des infections, des intoxications, des néoplasies encéphaliques, de l'hypertension intra-crânienne ; l'existence de délires cénesthopathiques liés à des débuts de néoplasmes viscéraux (G. de Clérambault), et des paresthésies dans l'excitation électrique des zones post-rolandiques (Cushing) ; la modification expérimentale des hallucinations par le haschisch, la mescaline, la température (2) ; la fixation élective des toxines sur les neurones, suivant leur chronaxie (Bourguignon).

Le travail sera long, difficile, obscur, mais il demeurera parce qu'il sera fondé uniquement sur les méthodes de la Science expérimentale.

Clinique des Maladies Mentales, Bel-Air (Genève)
Directeur, Prof. Dr Ch. Ladame

(1) CUSHING. — A note upon the faradic stimulation of the postcerebral gyrus in conscious patients. *Brain*, 1909, p. 44.

(2) G. DE MORSIER. — Production expérimentale des syndromes psychiatriques par le haschisch et le peyotl, et Physiothérapie du syndrome d'influence. (Soc. Méd.-Psych., Genève, 3 mai 1928. In *Arch. Suisses de N. et P.*, t. 25, p. 154).

STATISTIQUE DE LA PSYCHOPATHIE

Par MM. Ed. TOULOUSE, Roger DUPOUY et Marcel MOINE,
Statisticien de l'Office National d'Hygiène Sociale

Avant d'entrer dans des considérations techniques intéressantes ces dernières années, il est utile, croyons-nous, de jeter un coup d'œil en arrière, afin d'avoir une vue d'ensemble sur cette grave question qu'est l'aliénation mentale.

De 1871 à 1875, 102 asiles, dont 59 publics et 43 privés, traitaient annuellement une moyenne de 52.334 aliénés, comprenant 25.499 hommes et 26.835 femmes. Comment se répartissaient ces aliénés ?

D'après le 44^e volume « Annuaire Statistique » publié en 1929 par la *Statistique générale de la France*, nous en donnons ci-après la répartition :

Moyenne annuelle des aliénés internés de 1871 à 1875 :

Folie simple et épilepsie	35.044
Folie alcoolique	non mentionnée
Folie paralytique	6.685
Démence sénile	5.238
Idiotie et crétinisme	5.367
	52.334

En 1926, dernière année publiée, on relève 116 asiles, dont 73 publics et 43 privés, soit une augmentation de 14 établissements publics. De ces 116 asiles (1), 107 seulement ont fourni leur compte rendu ; et il en résulte que, dans ces derniers, on a traité, en 1926, 106.061 aliénés, dont 45.330 hommes et 60.731 femmes, répondant à la classification suivante :

Folie simple et épilepsie	70.716
Folie alcoolique	10.637
Folie paralytique	5.324
Démence sénile	8.492
Idiotie et crétinisme	10.892
	106.061

(1) 1 public (Pas-de-Calais) et 8 privés, n'ont pas fait connaître leurs résultats.

Le nombre d'aliénés internés qui ressort de la moyenne initiale (1871-1875) est de 52.334 et présente sur celui de 1926 une augmentation de 53.727, c'est-à-dire de 102,5 0/0. Mais, considérée par rapport à la population totale en résidence sur le territoire national (1), cette augmentation se trouve atténuée et n'est plus que de :

1° Année moyenne 1871-1875, 52.334 aliénés pour une population de 36.102.000 habitants, soit 145 aliénés pour 100.000 habitants ;

2° En 1926, 106.061 aliénés pour une population de 40.744.000 habitants, soit 261 aliénés pour 100.000 habitants ;

d'où il ressort que l'augmentation constatée par ailleurs, qui est de 102,5 0/0, se trouve ramenée à

$$\left(261 - 145 = \frac{116 \times 100}{145} \right) 80,1 \ 0/0.$$

Mais il n'en ressort pas moins une très importante augmentation du nombre des aliénés internés. Comment se répartit-elle selon les sexes ? Connaissant, d'une part, la composition par sexe de la population dénombrée aux deux recensements, et, d'autre part, la répartition par sexe des aliénés internés connus à chacune de ces dates, il nous a été facile d'établir la proportion pour 100.000 habitants, de sexe différent, des aliénés connus et traités à ces deux époques.

C'est ainsi qu'en 1871-1875, la proportion des aliénés s'établissait ainsi qu'il suit :

$$\frac{25.499 \times 100.000}{17.982.000} = 141 \text{ cas masculins pour 100.000 hommes.}$$

$$\text{et à } \frac{26.835 \times 100.000}{18.120.000} = 148 \text{ cas féminins pour 100.000 femmes.}$$

En 1926, ces proportions se sont élevées à :

$$\frac{45.330 \times 100.000}{19.650.000} = 231 \text{ cas masculins pour 100.000 hommes.}$$

(1) Français et Etrangers.

et à $\frac{60.731 \times 100.000}{21.094.000} = 289$ cas féminins pour 100.000 femmes.

L'accroissement du taux de l'aliénation mentale connue est donc de (231 — 141) 90 cas pour 100.000 hommes, soit de 63,7 pour 100, et, pour le sexe féminin, de (289 — 148) 141 cas, soit de 95,4 pour 100, le tiers en plus de l'augmentation de fréquence observée dans le sexe masculin.

Mais cette augmentation n'est en partie qu'apparente, car il faut considérer :

1° que les disponibilités en lits, plus grandes, permettent d'accepter un plus grand nombre de malades ;

2° que l'intervention des familles favorise l'internement des sujets atteints ;

3° que, parmi les malades en traitement, figurent de plus en plus un certain nombre d'aliénés chroniques et de cas de rechute, qui doivent être conservés ou réadmis dans les établissements.

Aussi bien, pensons-nous qu'il est utile de considérer, depuis 1901, les malades admis pour la première fois dans les services, ainsi que les cas de rechute.

Le tableau qui suit montre que le nombre des aliénés internés pour la première fois passe de 16,447 en 1901 à 21,236 en 1926 ; l'augmentation qui est de 4.789 cas, soit de 29 pour 100, démontre qu'il y a une recrudescence réelle des cas admis pour la première fois, mais cette croissance n'est sans doute que le résultat, du moins en partie, de ce que les familles acceptent et même réclament ou acceptent de plus en plus l'internement de leurs malades.

Si nous prenons séparément les aliénés internés pour la première fois en 1901 et en 1926, et que nous les considérons selon le sexe, nous arrivons aux constatations ci-après :

En 1901 : 8.870 hommes et 7.577 femmes,

En 1926 : 9.686 hommes et 11.550 femmes, soit une augmentation de 816 hommes et 3.973 femmes, correspondant à 9,2 pour 100 chez l'homme et à 52,3 pour 100 chez la femme. Il en résulte que, de 1901 à 1926, l'aliénation s'est accrue beaucoup plus vite dans le sexe féminin que dans le sexe masculin.

Mouvement des entrées de 1901 à 1926

Années	Pour la première fois			Par suite de rechute			Par réintégration après évasion ou sortie avant guérison			Transferts entre asiles		
	H.	F.	Total	H.	F.	Total	H.	F.	Total	H.	F.	Total
1901...	8.870	7.577	16.447	1.572	1.217	2.789	523	402	925	971	1.532	2.503
1902...	9.427	8.280	17.527	1.588	1.344	2.932	430	448	878	1.107	1.613	2.720
1903...	8.881	8.192	17.073	1.487	1.338	2.825	324	366	690	1.110	1.905	3.015
1904...	8.291	8.280	16.571	1.548	1.333	2.881	368	359	727	930	1.296	2.226
1905...	8.811	7.948	16.759	1.535	1.328	2.863	371	364	735	873	1.375	2.248
1906...	8.949	8.252	17.201	1.520	1.304	2.824	441	381	822	1.071	1.026	2.097
1907...	9.528	8.442	17.970	1.682	1.397	3.079	475	384	859	1.000	1.146	2.146
1908...	9.454	8.714	18.168	1.614	1.495	3.109	507	426	933	1.029	1.331	2.360
1909...	9.512	8.895	18.407	1.696	1.520	3.216	541	466	1.007	1.147	1.325	2.472
1910...	9.500	8.669	18.178	1.366	1.495	2.861	437	489	916	1.014	1.335	2.349
1911...	8.946	8.002	17.548	1.467	1.600	3.061	595	528	1.123	1.265	1.693	2.958
1912...	9.615	8.986	18.601	1.655	1.504	3.159	497	410	907	1.123	2.185	3.308
1913...	9.837	9.251	19.068	1.558	1.674	3.232	455	366	821	1.483	2.334	3.817
1920...	9.520	11.154	20.683	1.181	1.881	3.062	313	341	654	1.741	1.513	3.254
1921...	8.776	10.052	19.428	1.464	1.834	3.298	341	292	633	1.167	1.140	2.307
1922...	9.347	10.612	19.989	1.469	1.751	3.220	384	345	729	1.959	2.024	3.983
1923...	9.498	10.498	19.996	1.671	1.919	3.590	284	305	589	1.244	1.355	2.599
1924...	9.715	11.012	20.727	1.820	2.006	3.826	315	352	667	1.246	1.448	2.694
1925...	10.452	11.342	21.794	1.550	1.918	3.468	847	948	1.795	1.245	1.079	2.324
1926...	9.686	11.550	21.236	1.567	2.087	3.654	935	1.020	1.955	1.255	948	2.203

La période 1914-1919, ne donnant que des chiffres manifestement inférieurs à la réalité, a été négligée.

L'examen des chiffres qui concernent les réinternés pour rechute, conduit aux constatations suivantes :

En 1901, 2.789 cas, dont 1.572 hommes et 1.217 femmes ;

En 1926, 3.654 cas, dont 1.567 hommes et 2.087 femmes.

Si l'on rapproche ces données des sorties par guérison, on obtient les relations ci-après :

En 1901, pour 6.923 guéris et améliorés (des deux sexes), on note 2.789 rechutes réadmis, soit 40,3 pour 100, se répartissant en :

3.585 guérisons et améliorations chez l'homme et 1.572 cas de rechute, soit 43,8 pour 100 de ce total ;

3.338 guérisons et améliorations chez la femme et 1.217 cas de rechute, soit 36,6 pour 100.

En 1926, pour 9.589 guéris et améliorés, toujours des deux sexes, on relève 3.654 rechutes, soit 38,1 pour 100, dont :

4.324 guérisons et améliorations (hommes), il y eut 1.567 réadmissions pour rechutes, soit 36,3 pour 100 ;

5.265 guérisons et améliorations (femmes), il y eut 2.087 cas de rechutes réadmis, soit 39,7 pour 100.

Il ressort de cette analyse que, en 1901, les réadmissions pour rechutes, comparées aux guérisons et améliorations réunies dans chaque sexe, les hommes accusaient un pourcentage supérieur à la moyenne établie pour l'ensemble des cas (sexes réunis), alors qu'en 1926, c'est le mouvement en sens inverse qui est observé.

Si l'on recherche les relations qui existent, en 1901 et en 1926, entre les guérisons et améliorations réunies et les admissions pour la première fois, on observe :

En 1901, pour 16.447 nouveaux admis, la proportion des cas de rechutes ressort à 17 pour 100 de ce total, dont 17,9 pour 100 chez l'homme, et 16,1 pour 100 chez la femme ;

En 1926, pour 21.326 nouveaux admis, cette proportion est de 17,1 pour 100, dont 16,2 pour 100 parmi les hommes, et 18,1 pour 100 parmi les femmes.

Ces deux méthodes sont donc concordantes et confir-

ment que, malgré l'augmentation importante des admises (cf. tableau page 393), la proportion des cas rechutes tend manifestement à s'accroître beaucoup plus vite dans le sexe féminin que dans l'autre sexe.

Quoi qu'il en soit, en conservant intacts nos chiffres de fin 1926, on peut constater que, dans l'année, le mouvement des aliénés fut de 106.061 cas, dont 2.203 transferts entre asiles. Parmi eux, on note 19.672 sorties, plus 8.753 décédés, ce qui nous donne 77.723 restants fin décembre.

Comment se répartissent ces sorties :

Par guérison, il y en a.....	4.517,	dont	2.103 h. et	2.414 f.
Par amélioration	5.072	—	2.221 h. et	2.851 f.
Par évasion.....	193	—	172 h. et	21 f.
Par transferts (1).....	6.883	—	3.302 h. et	3.581 f.
Par autres causes.....	3.007	—	1.269 h. et	1.738 f.
Ensemble.....	19.672	—	9.067 h. et	10.605 f.

Seules, les guérisons nous paraissent susceptibles de compenser les dépenses que consacrent les pouvoirs publics au traitement des aliénés.

Quant aux décès, au nombre de 8.753, dont 4.112 hommes et 4.641 femmes, nous ne nous y arrêterons que pour en déterminer le taux de mortalité selon le sexe, tous ces décès étant attribués à la maladie, cause déterminante ou prédisposante. Il y eut en plus 9 décès par accident (7 hommes et 2 femmes) et 26 par suicide (13 hommes et 13 femmes).

Nous avons donc 8.718 décès dus à la maladie pour un mouvement total de 106.061 sujets, soit 82,3 décès pour 1.000 aliénés, mortalité effrayante dont le taux est 5,3 fois plus élevé que celui de notre mortalité générale (tous âges réunis). L'ensemble des décès dans les asiles fait ainsi apparaître 82,5 décès pour 1.000.

Le sexe masculin paie ici, comme d'ailleurs dans la population générale, un tribut plus lourd que le sexe féminin. Les 4.092 décès d'hommes (maladies) pour 45.330 sujets ayant été en traitement en 1926, font apparaître une mortalité de 90,5 décès pour 1.000 hommes, et les 4.626 décès (maladies), de femmes, pour

(1) Donnés pour mémoire.

60.731 femmes traitées, une mortalité de 76,3 pour 1.000.

Le classement ci-après a pour but de faire connaître outre l'âge, le sexe des aliénés décédés en 1926, la nature de folie dont ils étaient atteints.

Groupes d'âge	Idiotie, crétinisme, imbécillité		Méancolie, manie, délire de persécution		Epilepsie		Folie des dégénérés			
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.
Moins de 15 ans.....	35	14	2	1	4	5	2	1	0	0
De 15 à 19 ans.....	42	20	14	7	16	14	12	4	4	2
De 20 à 24 —	40	28	42	48	31	17	12	14	4	1
De 25 à 34 —	41	40	92	143	49	43	36	34	13	7
De 35 à 44 —	41	53	166	265	53	51	33	52	13	17
De 45 à 54 —	40	49	184	393	30	31	36	66	17	19
De 55 à 64 —	33	34	216	395	22	20	28	59	11	12
De 65 à 69 —	6	15	77	218	7	14	13	15	4	12
70 et plus.....	6	15	86	183	5	6	8	17	1	6
	284	268	879	1659	217	201	180	262	67	76

Alcoolisme aigu ou chronique	Paralysie générale		Démence sénile et débilité physique congénitale		Autres maladies mentales		Totaux (1)		
	H.	F.	H.	F.	H.	F.			
—	—	—	—	—	—	—	66		
—	—	—	3	1	9	5	153		
4	—	6	2	9	2	33	23	316	
26	4	62	30	15	11	98	75	819	
54	11	260	110	13	21	82	90	1.385	
79	26	270	128	30	32	126	141	1.697	
58	30	142	73	135	134	126	130	1.658	
32	11	26	11	136	188	58	65	908	
16	9	12	11	254	559	45	66	1.305	
	269	91	778	365	595	948	578	596	8.307

(1) Voir note 1 page suivante.

*Pourcentages de mortalité calculés sur 100 décès
de chaque sexe (1)*

	Pour. entage sexe masc.	Pourcentage sexe fémi.
Idiotie, crétinisme, imbécillité.....	7,40	6,00
Manie, mélancolie, délire de persécution.....	22,80	37,10
Epilepsie.....	5,63	4,50
Folie des dégénérés { avec antéc. alcool.....	4,70	5,87
{ sans antéc. alcool.....	1,74	1,70
Alcoolisme aigu ou chronique.....	7,00	2,04
Paralysie générale	20,20	8,17
Démence sénile	15,50	21,30
Autres maladies mentales	15,00	13,40

Mais les pourcentages qui précèdent ne sont pas, à notre avis, suffisamment démonstratifs de la surmortalité provoquée par l'aliénation mentale. Recherchons la fréquence de la mortalité en la considérant par rapport aux catégories de sujets suivis dans l'année considérée.

Mortalité générale chez les aliénés, enregistrée en 1926

Nature de folie	Hommes			Femmes		
	Cas obser- vés	décès (3)	taux (2)	Cas obser- vés	décès (3)	taux (2)
Idiotie, crétinisme, imbécillité.....	5.531	297	53,7	5.361	272	50,7
Manie, mélancolie, délire de persécution	13.238	968	73,3	28.192	1.755	62,3
Epilepsie.....	2.548	218	85,4	2.854	202	71,0
Folie des dégénérés avec antécédents alcooliques	3.947	180	45,4	5.695	262	46,0
Folie des dégénérés sans antécédents alcooliques	1.844	67	36,3	1.792	76	42,4
Alcoolisme aigu ou chronique	5.105	275	54,0	1.896	91	47,9
Paralysie générale	3.385	869	256	1.939	397	204
Démence sénile	3.048	660	216	5.444	990	18,2
Autres maladies mentales	6.684	578	86,5	7.558	596	78,7
Totaux, y compris les 446 aliénés, dont on n'a pas donné la répartition selon l'âge.....	45.330	4.112	90,7	60.731	4.641	76,5

(1) A l'exception des 446 aliénés en provenance d'asiles qui n'ont pas fourni la répartition par âge de leurs pensionnaires.

(2) Pour 1.000 sujets de chaque sexe, c'est-à-dire : l'éthaliéité de chaque nature de folie.

(3) Y compris les suicides et morts par accident.

Il résulte de ce tableau que la mortalité globale est de 90,7 pour 1.000 hommes et de 76,5 pour 1.000 femmes, mais que ces taux subissent des variations extrêmement importantes, selon la nature de la folie.

Pour les hommes, la mortalité varie, suivant l'affection, de 36,3 à 256 décès pour 1.000 et de 42,4 à 204 chez la femme. Les principales causes sont les suivantes :

1° La paralysie générale accuse une léthalité qui est de 256 chez l'homme et de 204 chez la femme pour 1.000 cas de chaque sexe ;

2° La démence sénile avec 216 et 182 victimes pour 1.000 sujets ;

3° L'épilepsie vient immédiatement après comptant 85,4 et 71 décès pour 1.000 cas de sexes séparés, etc...

La folie qui note une allure moins meurtrière est celle des dégénérés sans antécédent alcoolique, avec 36,3 décès pour 1.000 sujets masculins et 42,4 décès pour 1.000 sujets féminins.

Sur les 106.061 cas qui, en 1926, ont passé par les asiles, 4.517 ont été guéris ; et l'état de 5.072 a été amélioré, soit un ensemble de 9.589 aliénés rendus utilisables.

En ce qui concerne les pertes de salaires, par conséquent de travail, inhérentes à la psychopathie, il serait utile de connaître la durée moyenne du traitement subi par les curables et les améliorables. On sait évidemment que certaines espèces de folie présentent un caractère définitif, c'est-à-dire une perte sans espoir de guérison. Mais combien dans la population sont justifiables d'un traitement et qui, parce que l'atteinte n'est pas aiguë, ne sont internés que lorsqu'ils ont commis quelques méfaits, alors qu'ils sont moins guérissables.

Pour estimer les pertes que cause à la société l'aliénation mentale, il serait indispensable de connaître tous les cas non traités, les cas traités dans des maisons de santé privées, dans des maisons privées qui reçoivent des malades nerveux sans internement, etc..., etc..., et ajouter aux 200 millions pour soins le manque à gagner, par suite de l'internement, des 77.723 sujets qui repré-

sentent actuellement leur effectif actuel ou plutôt progressif et la mortalité prématuée qui résulte de la psychopathie.

Quelle est la dépense qui est provoquée par les soins à donner à ces nombreux cas de folie ?

Quelle est la perte sociale qui en résulte ?

A la première question, il est facile de répondre ; les règlements administratifs exigent, en effet cette comptabilité ; quant à la seconde, il nous appartiendra de la chiffrer. Nous y reviendrons dans un instant.

Les dépenses nécessitées par les soins ont été de 13.883.000 fr. pour chacune des années comprises entre 1871 et 1875; de 15.087.000 fr. en 1876; de 16.881.000 fr. en 1881; de 22.397.000 fr. en 1891; de 26.811.000 fr. en 1901; de 34.035.000 fr. en 1911; de 118.612.000 fr. en 1921 et enfin de 195.649.000 fr. en 1926.

D'après cet aperçu, on constate que la dépense croît régulièrement jusqu'en 1912, mais que, si l'on tient compte de la dépréciation de la monnaie nationale sur la base de sa stabilisation légale, les sommes dépensées en 1912 sont voisines de 179.000.000 de fr.-papier. Pour 4.431 sujets de plus en charge au 31 décembre 1926, la dépense ne dépasse que de 159.911 fr. celle de 1912. Il en résulte que la dépense moyenne ressort par individu à 563 fr. \times 5, soit 2.815 fr.-papier en 1912 contre 2.550 en 1926. En 1871-1875, cette dépense moyenne ressortait à 413 francs-or, soit plus de 2.000 fr. actuels.

Quelques études ont déjà été publiées sur la valeur sociale d'un individu ; mais toutes celles que nous avons consultées conduisent à des résultats qui présentent entre eux des différences assez importantes.

D'ailleurs, la valeur d'un individu, exprimée en argent, sera ce que vaut cet individu : technicité et âge.

De toute façon, l'arbitraire ne saurait être exclu d'un tel problème, si imprécis, pour la solution duquel on aura, au préalable, constitué des classes sociales assez larges.

Comment peut-on transformer la valeur sociale d'un individu en valeur monétaire ? Une définition s'impose.

M. A. Barriol (1) a appelé valeur sociale d'un individu ce que cet individu restituera à la collectivité en dépenses de toute nature provenant de son gain personnel.

Mais si nous admettons que le salaire payé à un ouvrier représente l'intégralité du produit de son labeur, il serait plus rationnel et peut-être plus facile, de se baser sur les salaires moyens de chacune des catégories de travailleurs ; et la probabilité de survie sera le deuxième élément de ces évaluations.

Conformément aux tables de mortalité, on pourra estimer ce qu'un homme d'un âge donné peut produire jusqu'à son décès ou jusqu'à l'âge n , où il devra, par suite de l'élévation de l'âge ou de maladie chronique, cesser tout travail.

Ceci posé, recherchons, dans la surmortalité des aliénés et dans leur hospitalisation, la somme des années de vie qui n'ont pu être utilisées.

Mortalité générale enregistrée en 1926 parmi les aliénés internés. Proportion des décès pour 1.000 aliénés au 31-12-26.

Groupes d'âges	Répartition des aliénés restant inscrits au 31-12-1925	Répartition par sexe des aliénés au 31-12-1926			Répartition des décès d'aliénés survenus en 1926 dans les asiles			Pour 1.000 aliénés au 31-12-1926 combien y a-t-il eu de décès dans l'année ?		
		m.	f.	Total	m.	f.	2 sex.	m.	f.	
Moins de										
15 ans.....	1.193	724	469	66	44	22	55,3	60,8	46,9	
de 15 à 19.....	2.623	1.224	1.399	153	100	53	58,4	81,7	37,9	
de 20 à 24.....	6.170	2.877	3.293	316	181	135	51,3	62,8	41,0	
de 25 à 34.....	12.722	5.670	7.052	819	432	387	64,5	76,2	55,0	
de 35 à 44.....	16.451	6.931	9.520	1.385	715	670	84,3	103,0	70,5	
de 45 à 54.....	15.706	6.128	9.578	1.697	812	885	108,0	132,0	92,3	
de 55 à 64.....	11.292	4.020	7.272	1.658	771	887	147,0	192,0	122,0	
de 65 à 69.....	5.561	1.010	3.660	908	359	549	163,0	189,0	150,0	
de 70 ans et plus.	3.391	101	2.381	1.305	433	872	395,0	439,0	367,0	
Ensemble.....	75.109	30.485	44.624	8.307	3.847	4.460	110,0	126,0	100,0	

(1) *Revue Economique Internationale*, décembre 1910.

*Mortalité générale observée dans la population totale
et surmortalité des aliénés*

Groupes d'âges	Proportion 1.000 habitants observés en 1927 dans l'ensemble de la population selon le sexe et l'âge			Surmortalité relative des aliénés ou différence constatée entre le taux de mortalité de la population générale et celle qui intéresse les alienés		
	les 2 sexes	m.	f.	les 2 sexes	masculin	féminin
Moins de 15 ans...	11,0	11,9	10,1	+ 44,3	+ 48,9	+ 36,8
de 15 à 19.....	3,81	3,51	4,12	+ 54,6	+ 78,2	+ 33,8
de 20 à 24.....	5,5	5,33	5,63	+ 45,8	+ 57,5	+ 35,4
de 25 à 34.....	5,9	6,43	5,48	+ 58,6	+ 69,8	+ 49,5
de 35 à 44.....	7,1	8,25	6,04	+ 77,2	+ 94,7	+ 64,5
de 45 à 54.....	11,4	13,7	9,37	+ 96,6	+ 118,3	+ 82,9
de 55 à 64.....	22,2	26,5	18,2	+ 124,8	+ 165,5	+ 103,8
de 65 à 69.....	41,4	48,4	35,3	+ 121,6	+ 140,6	+ 114,7
70 ans et plus....	112,0	122	105	+ 283,0	+ 317,0	+ 262,0
Moyenne	16,6	17,6	15,7	+ 93,4	+ 108,4	+ 84,3

Surmortalité des aliénés

Groupes d'âges	Sexe masculin		Sexe féminin	
	35 (1)	513 (2)	18 (1)	423 (2)
Moins de 15 ans.....	35 (1)	513 (2)	18 (1)	423 (2)
de 15 à 19 ans.....	96	2.560	47	920
de 20 à 24 ans.....	166	1.118	117	728
de 25 à 34 ans.....	396	1.118, 5	349	1.010
de 35 à 44 ans.....	657	1.250	613	1.170
de 45 à 54 ans.....	726	963	795	985
de 55 à 64 ans.....	667	725	755	671
de 65 à 69 ans.....	268	390	420	425
de 70 ans et plus.....	320	360	623	350
Ensemble	3.331	715	3.737	637

(1) Surmortalité absolue selon le sexe et l'âge des aliénés.

(2) Nombres indices caractérisant l'augmentation de cette mortalité (base 100, taux de mortalité générale dans la population générale).

Les nombres-indices, par exemple, pour les sujets de moins de 15 ans égalent 513, c'est-à-dire que, lorsque dans la population générale on note 100 décès de moins de 15 ans par rapport à la population du même âge, il en survient 513 chez les aliénés, ou, si l'on préfère, 5 fois plus.

Le tableau qui suit nous apporte des chiffres qui sont des plus démonstratifs : au total, 226.216 années de vie perdues, en 1926, pour la collectivité, qui se subdiviserait en 104.047 pour le sexe masculin et 122.169 pour le sexe féminin.

Mais nous admettrons qu'à partir de 65 ans, l'âge de la retraite a sonné et que de 0 à 15 ans la production est nulle, sans pour cela vouloir dire que ces enfants et adolescents ne représentent pas dans la société un élément de valeur importante. Aussi bien estimerons-nous à part la valeur de ces jeunes individus, et celle de ceux dont l'âge est situé entre 15 et 64 ans, plus 364 jours.

La somme de ces pertes en années de vie s'élève donc à 201.527 dont 94.489 pour les hommes et 107.038 pour les femmes, et nous conduisent aux évaluations ci-après (1) :

1° La valeur moyenne annuelle des salaires masculins étant de 10.000 fr., soit $94.489 \times 10.000 = \dots$	944.890.000 »
2° La valeur moyenne des salaires féminins à 6.000 francs, soit $107.038 \times 6.000 = \dots$	642.228.000 »
3° Que les 53 adolescents âgés d'au moins 15 ans, représentent ensemble, par rapport à leur surmortalité, une perte de $85.000 \times 53 = \dots$	4.505.000 »
<hr/>	
La totalisation de ces 3 groupes fait apparaître une perte de 1.591.623.000 »	

En définitive, la psychopathie prive annuellement la société, en surmortalité et en traitement, d'un mini-

(1) Bur. Int. Travail.

Evaluation du nombre d'années perdues du fait de l'internement et de la surmortalité des aliénés

Groupes d'âge	SEXE MASCULIN						SEXE FÉMININ					
	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l
0 à 15 ans.....	35	56,7	1.985	724	541	2.709	18	59,6	1.073	469	359	1.542
15 à 19.....	96	45,2	4.339	1.224	497	5.563	47	48,5	2.280	1.399	450	3.679
20 à 24.....	166	41,5	6.889	2.277	611	9.766	117	44,7	5.230	3.293	646	8.523
25 à 34.....	396	35,5	14.058	5.670	878	19.728	349	38,7	13.471	7.052	9.1	20.523
35 à 44.....	657	27,8	18.265	6.931	836	25.196	613	30,8	18.880	9.520	925	28.400
45 à 54.....	726	20,5	14.883	6.128	750	21.011	795	23,0	17.285	9.578	879	26.863
55 à 64.....	667	13,8	9.205	4.020	801	13.225	755	15,6	11.778	7.272	1.286	19.050
65 à 69.....	268	9,8	2.626	1.901	690	4.527	420	11,0	4.620	3.660	1.289	8.280
70 et plus.....	320	4,1	1.312	1.010	486	2.322	623	4,7	2.928	2.381	1.132	5.309
Ensemble.....	3.331	y	73.562	30.485	6.090	104.047	3.737	y	77.545	44.624	7.867	122.169
												226.216

Par incurables, il faut entendre notamment l'idiotie, l'imbecillité, le crétinisme et la démence sénile.

mum de 205.778 années de vies, plus 20.438 années représentées par des sujets d'âge avancé.

Basée sur les salaires moyens dans chaque sexe, l'aliénation mentale coûte au minimum au pays, 200 millions pour soins, plus 1.591.623.000 pour la perte évaluée ci-dessus (1), soit 1.791.623.000 francs. En outre il n'est pas exagéré de dire que, parmi ces aliénés, une proportion d'intellectuels doit éléver encore cette somme. D'autre part, ainsi qu'on pourra en juger d'après les derniers tableaux qui précèdent, la déficience du rôle familial de ces sujets vient se surajouter à ces valeurs déjà très élevées, mais qu'il est difficile de mesurer actuellement.

Il en est de même des 8.000 suicides que nous enregistrons annuellement. Quelle est la part qui revient à la psychopathie ? La 1/2 au moins.

Les aliénés restés en liberté causent, eux aussi, en dehors de leur déficience en travail, des vols, des meurtres que la société subit.

Les délinquants, jeunes ou plus âgés, sont très souvent des malades, des inadaptés à la vie sociale, d'où improduction et destruction.

Tous ces facteurs sont autant de points obscurs qui seront étudiés à l'aide des observations qui ont été consignées dans les dossiers des malades vus à l'hôpital Henri-Rousselle depuis ces dernières années.

(1) Sur la base du salaire ouvrier moyen considéré par rapport aux années de vie de production, qui sont perdues pour la société du fait de la mortalité prématurée et de l'internement des aliénés.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SEANCE DU LUNDI 22 DÉCEMBRE 1930

Présidence : M. CAPGRAS, président

Mme Minkowska, MM. P. Abély, Fr. Adam, Allamagny, Baruk, Bonhomme, Cénac, Collet, Daday, Lauzier, Schiff, Vignaud, membres correspondants, assistent à la séance.

M. CAPGRAS, président. — Contrairement à l'habitude, je ne ferai pas lire par un des secrétaires des séances le procès-verbal de la séance du 24 novembre. M. René CHARPENTIER, chargé par le Comité de rédaction des *Annales médico-psychologiques*, de hâter la publication des numéros des *Annales médico-psychologiques*, retardés par la maladie puis par la mort du Dr Henri Colin, a réalisé ce tour de force de faire paraître cinq numéros en cinq semaines. Le numéro de novembre, dans lequel on trouvera le compte rendu de la séance de novembre, est paru une semaine avant la séance de décembre, bien que celle-ci ait été elle-même avancée d'une semaine, à cause des fêtes de Noël et du 1^{er} janvier.

(Le procès-verbal est adopté).

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Guiraud, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Desruelles, médecin-chef à l'Asile de Saint-Ylie (Jura), qui demande à faire partie de la Société au titre de membre correspondant national. Une Commission est désignée, composée de MM. Mignot, Raynier, et Demay, rapporteur.



Dans notre dernière séance vous avez adopté à l'unanimité le projet établi par votre Commission pour la fusion des trois Sociétés psychiatriques.

En conséquence, cinq membres de la Société de Psychiatrie, désireux de faciliter l'accès au titulariat de leurs jeunes collègues, sont nommés, sur leur demande, *membres honoraires* de notre Société. Ce sont :

MM. André Thomas, médecin de l'Hôpital St-Joseph ; *Paul Camus*, médecin de la Salpêtrière ; *Guillain*, professeur de clinique des maladies nerveuses ; *Pierre Marie*, professeur honoraire ; *Papillault*, professeur à l'Ecole d'Anthropologie.

J'ai reçu une lettre de M. Paul Camus qui remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

Est également nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société médico-psychologique *M. Henry Meige*, membre honoraire de la Société de Psychiatrie.

M. Alajouanine, professeur agrégé des maladies nerveuses, médecin des hôpitaux, que ses titres désignaient au titulariat, nous écrit que, « n'étant pas certain, dans les circonstances actuelles, de pouvoir apporter régulièrement à la Société médico-psychologique un concours suffisamment actif », il estime « qu'il serait plus logique de laisser sa place de titulaire à la disposition d'un des jeunes membres actifs de la Société de Psychiatrie, et de poser, pour le moment, sa candidature simplement au titre de membre correspondant ».

Sont nommés, sur leur demande, *membres titulaires* de la Société médico-psychologique :

MM. Baudouin, professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux ; *Genil-Perrin*, médecin chef des Asiles de la Seine, membres des deux Sociétés dissoutes.

MM. Abély Xavier, médecin chef des Asiles de la Seine ; *Laugier*, maître de conférences à la Sorbonne, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers ; *Sengès*, médecin chef des Asiles de la Seine, membres de la Société Clinique de Médecine mentale.

MM. *Maurice de Fleury*, membre de l'Académie de médecine ; *Fribourg-Blanc*, professeur au Val-de-Grâce ; *Lévy-Valensi*, professeur agrégé des maladies mentales, médecin des hôpitaux ; *Maillard*, médecin de Bicêtre ; *Tinel*, médecin des hôpitaux ; *H. Wallon*, maître de conférences à la Sorbonne, Professeur à l'Institut de Psychologie, membres de la Société de Psychiatrie.

J'ai reçu à ce sujet une lettre de M. *Tinel* exprimant à la Société médico-psychologique les remerciements de la Société de psychiatrie. Voici cette lettre :

18 décembre 1930.

* * * * *

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Permettez-moi de me faire l'interprète de tous mes collègues de la Société de Psychiatrie pour remercier bien sincèrement la Société médico-psychologique du grand honneur qu'elle nous fait à tous en nous admettant dans son sein.

Nous nous réjouissons tous de voir la fusion des trois Sociétés se réaliser ainsi avec une telle cordialité. Nous sommes particulièrement reconnaissants à la Société médico-psychologique tout entière, à son Bureau et aux membres de sa Commission, de tout ce qu'ils ont fait pour arriver à cet heureux résultat.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, et de transmettre à la Société tout entière l'expression de notre entier et bien cordial dévouement.

J. TINEL,

*ancien Secrétaire général
de la Société de Psychiatrie,
dissoute le 18 décembre 1930.*

Je suis heureux de saluer nos nouveaux collègues présents à la séance de ce soir et de leur souhaiter la bienvenue. La vieille Société médico-psychologique les accueille avec joie parce qu'ils contribueront par leur activité scientifique à la consolider et à la rajeunir. Ils vont prendre part à l'élection du Bureau pour 1931.

Un trop grand nombre de membres titulaires des

deux Sociétés dissoutes n'ont pu, malheureusement, entrer d'emblée ici. Du moins les prenons-nous tous en qualité de membres correspondants et espérons-nous pouvoir les titulariser bientôt. Quelques-uns d'entre eux avaient déjà sollicité et obtenu ce titre.

Sont donc *membres correspondants* de la Société médico-psychologique :

MM. *Buvat, Hartenberg, Targowla*, membres des deux Sociétés dissoutes.

MM. *Bonhomme, Collet, Dabout, Noël Péron, Reverteugat*, membres de la Société Clinique de Médecine mentale, ainsi que MM. *Bourguignon, Delaville, Fessard, Lahy, May, Muttermilch, Tcherniakowski*, Mlle *Weinberg, M. Weissmann*, membres biologistes de la dite Société clinique ;

Mme *Thuillier-Landry*, MM. *Baruk, Borel, Boudon, Ceillier, Cénac, Codet, Cornelius, Gallais, Kahn, Largreau, Montassut, Morlaas, Nathan, Gilbert Robin, Schaeffer, Schiff, Vinchon*, membres de la Société de Psychiatrie.

Il faut y ajouter, sur sa demande, M. *Alajouanine*.

Soit 36 membres correspondants, anciens ou nouveaux.

Dès la prochaine séance une dizaine d'entre eux, pris parmi ceux qui poseront leur candidature, seront élus titulaires de manière à compléter notre effectif de 70, comme vous l'avez décidé. J'ai déjà reçu les demandes de quatre anciens membres correspondants : MM. Bonhomme, Buvat, Collet et Vinchon.

Pour fixer exactement le nombre des places vacantes et pour examiner les titres des candidats, nous vous proposons de nommer une commission de cinq membres ainsi composée :

Un ancien Président de la Société médico-psychologique : M. Pactet ; les deux Présidents des Sociétés dissoutes : MM. Toulouse et Marchand ; deux Secrétaires des Sociétés dissoutes : MM. Tinel et Courbon. La commission choisira elle-même son rapporteur.

(Cette proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents).

Sur leur demande formulée à la séance de novembre, ont été également nommés *membres honoraires* de la Société médico-psychologique :

MM. *Pactet, Semelaigne et Trénel.*

Election du Bureau pour 1931

M. Capgras, président, propose de commencer les élections par le scrutin pour l'*élection du Secrétaire général*, en remplacement de M. Henri Colin, décédé. Le scrutin est ouvert.

A 5 heures 15, tous les membres de la Société présents à la séance ayant voté, il est procédé au dépouillement qui donne les résultats suivants :

Nombre de votants	43
Majorité absolue	22

Ont obtenu :

MM. René Charpentier	37 voix, <i>élu.</i>
Guiraud	3 —
Capgras	1 —
Bulletins blanches	2 —
43 voix.	

M. René CHARPENTIER est élu *Secrétaire général* de la Société médico-psychologique.

En proclamant ce résultat, M. Capgras, président, invite M. René Charpentier à prendre immédiatement au Bureau la place laissée vacante par le décès du D^r Henri Colin.

En prenant place au Bureau, M. René CHARPENTIER prononce les paroles suivantes :

Messieurs, Je vous remercie du grand honneur que vous me faites en m'appelant au Secrétariat général de la Société médico-psychologique, au moment même où vient d'être réalisée la fusion de nos trois Sociétés psychiatriques. Cet honneur est d'autant plus grand que je ne l'ai pas désiré. Pour avoir été le collaborateur d'Ant. Ritti et d'Henri Colin, je connais les lourdes charges

que comportent ces fonctions. J'aurai grand besoin de votre concours et je sais qu'il ne me sera pas refusé. Vous pouvez être assurés que j'appliquerai tous mes efforts à la prospérité de notre Société. Attentif à toutes les suggestions qui auront en vue l'intérêt général de la Société médico-psychologique, je m'efforcerai de mériter la confiance que vous voulez bien me témoigner aujourd'hui et dont je vous remercie.

M. le Professeur Henri Claude, vice-président, devenant, de droit, président de la Société pour l'année 1931, il est procédé à *l'élection d'un vice-président*.

Nombre de votants	44
Majorité absolue	23

Ont obtenu :

MM. Marchand	38 voix, <i>élu</i> .
G. de Clérambault	5 —
Rodiet	1 —

44 voix.

M. MARCHAND est élu *vice-président* de la Société médico-psychologique. Conformément aux Statuts, il sera, de droit, président pour l'année 1932.

MM. Guiraud et Minkowski ne se représentant pas, il est procédé à *l'élection* de deux nouveaux *secrétaire des séances*.

Nombre de votants	37
Majorité absolue	19

Ont obtenu :

MM. Courbon	35 voix, <i>élu</i> .
Demay	34 —, <i>élu</i> .
Beaudouin	2 —
Bulletin blanc	1 —

MM. COURBON et DEMAY sont élus *secrétaire des séances* de la Société médico-psychologique.

Par acclamations, M. Raymond MALLET, qui avait demandé à être relevé des fonctions qu'il occupe

depuis 1920, est réélu *trésorier de la Société médico-psychologique*.

Le Bureau de la Société médico-psychologique pour l'année 1931 est donc ainsi constitué :

*Bureau de la Société médico-psychologique
pour l'année 1931*

Président : M. *Henri Claude*.

Vice-Président : M. *Marchand*.

Secrétaire général : M. *René Charpentier*.

Secrétaire des séances : MM. *Courbon et Demay*.

Trésorier : M. *Raymond Mallet*.

A propos du Bulletin de la Société

M. le Prof. Henri Claude fait observer que, de la fusion des trois Sociétés, découlera nécessairement l'extension du *Bulletin de la Société médico-psychologique*. Après une discussion à laquelle prennent part un grand nombre des membres présents, MM. Toulouse et Delmas proposent de charger le Secrétaire général que vient d'élire la Société d'étudier dans quelles conditions pourraient être réalisées aussi rapidement que possible les modifications unanimement désirées des *Annales médico-psychologiques*.

Il en est ainsi décidé.

M. René Charpentier estime que cette transformation des *Annales médico-psychologiques* peut être réalisée dès le numéro de janvier 1931.

Rapport de candidature

M. BEAUDOUIN. — Dans votre dernière séance, vous avez désigné une commission composée de MM. Laignel-Lavastine, Simon et Beaudouin, rapporteur, pour vous présenter les titres de M. Vié qui sollicite son admission en qualité de membre correspondant national.

M. Jacques Vié, ancien externe des hôpitaux de Paris (1922), est nommé interne des asiles de la Seine,

premier de la promotion de 1927, et médecin des asiles, second du concours de 1930.

Il est reçu docteur en médecine de la Faculté de Paris, en février 1930, avec une thèse sur « les Aliénés et les Correctionnaires à St-Lazare au XVII^e et au XVIII^e siècles », qui lui valut la mention très honorable.

En 1930, il est élu membre de la Société française d'Histoire de la Médecine.

Ses travaux ont porté jusqu'ici surtout sur *l'histoire de la psychiatrie, la démence précoce et le réflexe tonodynamique*.

I. HISTOIRE DE LA MÉDECINE. — *Les Aliénés et les Correctionnaires à St-Lazare au XVII^e et au XVIII^e siècles*. Cet ouvrage, dont le sujet fut inspiré à l'auteur par M. Sérioux, est rédigé d'après des documents d'archives pour la plupart inédits : St-Lazare fut, avant la Révolution, la première maison de santé et la première maison de correction basée sur des principes médico-pédagogiques. Son fondateur, saint Vincent de Paul, distinguait les *Insensés*, frappés de psychopathies acquises, et les *Vieieux*, atteints d'anomalies mentales avec troubles de la conduite. Tous pour lui étaient des Aliénés.

Le développement de la maison de correction constitue la première partie de l'ouvrage ; dans la seconde, on étudie le régime juridique et administratif ; dans la troisième, la reconstitution d'une centaine d'observations de malades permet des hypothèses diagnostiques.

La vie médicale de saint Vincent de Paul, les idées psychiatriques de ce grand précurseur ont fait l'objet d'études de détail présentées à la Société des études historiques et à la Société d'histoire de la médecine. Avec M. Laignel-Lavastine : *Thomas Willis*, un maître de la neuro-psychiatrie au XVII^e siècle (*Ann. méd. psych.*, juillet 1928). Avec J. Vinchon, J. Vié a relu le texte latin du *De Anima Brutorum*, et celui du traité *De morbis convulsivis*. Il rapporte dans ce mémoire les idées de ce grand médecin sur les maladies nerveuses et mentales. Le vaste dynamisme synthétique de Willis dépasse de beaucoup tous les systèmes univoques

contemporains. Par son esprit scientifique, ses recherches anatomiques, ses expériences de physiologie, Willis apparaît comme le grand initiateur de l'école moderne.

D'autres médecins du XVII^e siècle s'efforçaient de tenir leurs confrères au courant des progrès de la science : Isbrand de Diemerbroock, Et. Muller ont laissé des ouvrages didactiques de tendances opposées, que J. Vié reprend avec Vinchon dans le *Progrès Médical* (10 nov. 1928).

II. LA DÉMENCE PRÉCOCE. — *Hébéphrénie et terrain*, mémoire pour la Fondation de l'Hébéphrénie, remis le 19 septembre 1929 (avec M. Capgras et Mlle Pascal).

Dans ce travail, basé sur l'observation de 108 femmes hébéphrénico-cata toniques, on a étudié spécialement tous les facteurs qui créent ou qui modifient le terrain, ainsi que le rapport de ce terrain lui-même avec l'éclosion de la démence précoce.

Les antécédents héréditaires, les infections et maladies de l'enfance et de l'adolescence, l'étude du psychisme antérieur à la maladie mentale, les chocs affectifs et les incidents romanesques du début sont exposés d'après le riche matériel des observations.

Le terrain morphologique vient de faire l'objet d'une communication à la Société médico-psychologique (janvier 1930). De leur « Etude critique des morphogrammes schizoïdes de Kretschmer », Mlle Pascal et J. Vié concluent que ces types de Kretschmer ne sont ni pathognomoniques, ni constants. Ils se rattachent (surtout les dysplasiques) à des causes déterminées de la pathologie générale, ainsi que les anomalies localisées, ou stigmates de dégénérescence. L'héredo-syphilis, la tuberculose, les maladies infectieuses de l'enfance y jouent un grand rôle.

Enfin, certaines déformations semblent liées à l'évolution de la démence précoce elle-même : « *les cyphoses des déments précoces* » (Société médico-psychologique, octobre 1930), rencontrées dans 23 p. 100 des cas, présentent à la radiographie des cas anciens des lésions de rhumatisme vertébral chronique.

La pratique de la réaction de Besredka dans le sang des D. P. a fait conclure J. Vié à l'importance de l'anergie chez ces malades (*Société de Psychiatrie*, fév. 1930).

La recherche des groupes sanguins a montré une légère prédominance relative du groupe I (*Psychiatrie*, février 1930).

Un cas de *D. P. familiale* chez trois sœurs dont deux jumelles a été montré avec Dupont à la Clinique mentale (21 janvier 1929).

Une influencée catatonique guérie à la suite de vaccination antityphique a été présentée à la Psychiatrie avec Mlle Pascal (nov. 1928).

III. LE RÉFLEXE TONODYNAMIQUE. — Depuis 1927, J. Vié étudie avec MM. Laignel-Lavastine et P. Chevallier un curieux phénomène d'automatisme — élévation abduction automatique du membre supérieur après que la main a exercé sur un mur une forte et longue poussée. Il s'agit d'un phénomène nerveux d'ordre général : « l'exécution automatique d'un mouvement, consécutive à un effort volontaire assez intense et prolongé accompli par le groupe musculaire capable de produire ce mouvement ».

Les résultats — obtenus sur une centaine de sujets normaux et malades de l'hôpital de la Pitié, une soixantaine de grands enfants de Perray-Vaucluse — sont exposés dans deux mémoires de la *Revue de Médecine* (n°s 4 et 5, 1928). L'enregistrement cinématographique a permis une étude précise.

Il semble qu'on soit en présence d'un réflexe cortical. De nombreuses influences le modifient (état des glandes, émotivité, lésions striées, etc...). Enfin on peut envisager son *application à la Biologie différentielle (la Prophylaxie mentale*, janvier 1930).

Une forme spéciale, *polycinétique*, appartient aux individus actifs, d'intelligence et d'imagination très vives (*Société de Biologie*, 18 juin 1927).

En outre, J. Vié a consacré plusieurs travaux à des points particuliers de clinique et de sémiologie.

« *Un trouble de l'identification des personnes, l'illusion des sosies* », ou syndrome de Capgras, a fait

l'objet d'un mémoire aux *Annales médico-psychologiques* (mars 1930), l'auteur y recherche les conditions psychologiques d'apparition de ce syndrome dans ses deux aspects de sosies négatifs et de sosies positifs.

Citons encore : *Un cas d'athétose double* avec M. Simon et J.-C. Miller, *Société médico-psychologique*, juillet 1927.

— Maladie du doute avec polyphobie (avec MM. Deny et Klippel, *Psychiatrie*, juin 1921).

— Neuro-syphilis acquise à forme mentale avec vitiligo (avec M. Laignel-Lavastine, *Médicale des Hôpitaux*, 21 janv. 1927).

— Cœnestopathie ou topoalgie intermittente (avec M. Courbon, *Clinique mentale*, juin 1927).

— Récidive simultanée de phlegmons et de confusion mentale chez une cyclothymique (avec M. Courbon, *Psychiatrie*, novembre 1927).

— Délire épisodique de persécution par ectopisme mental (avec M. Courbon, *Clinique mentale*, janvier 1928).

— Deux cas de dysphasie (*Clinique mentale*, mars 1928).

— Impulsions homicides chez une mélancolique atteinte d'encéphalite (avec Mlle Pascal, *Psychiatrie*, 21 fév. 1929).

— Action de la sfovarsolthérapie chez quelques aliénés syphilitiques (avec Mlle Pascal, *Psychiatrie*, 21 fév. 1929).

— Délire imaginatif et métabolique chez une P. G. atypique (avec M. Capgras, *Clinique mentale*, novembre 1929).

Dans le domaine de l'*Assistance psychiatrique*, J. Vié a collaboré avec M. Simon et Mlle Bonnis à des « *Instructions à l'usage des Infirmiers de la Colonie de Vaucluse* ». Elles adaptent à ce service d'enfants l'esprit qui animait le manuel : *l'Aliéné, l'Asile, l'Infirmier*.

Se dépensant sans compter dans le service dont il était l'interne — alors même que sa santé eût exigé du

repos — toujours plein d'attention et de bienveillance à l'égard des malades, J. Vié a été pour nous, successivement, le plus précieux des collaborateurs. Ses titres justifient amplement la demande qu'il vous adresse, et votre commission vous prie de lui accorder, en attendant mieux, le titre de membre correspondant.

Election

M. le Dr Jacques Vié est élu *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique, à l'unanimité de 25 suffrages exprimés.

Un Secrétaire des séances,

MINKOWSKI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Séance du lundi 15 décembre 1930

Paralysie générale sénile, par MM. R. LEROY et J.-V. TRELLES. — Malade âgée de 70 ans, qui, 46 ans après le chancre syphilitique, est atteinte de paralysie générale, caractérisée au point de vue clinique par des signes de démence sénile, s'accompagnant de très peu de signes physiques de méningo-encéphalite et d'un syndrome humorale fortement positif dans le sang et dans le liquide. Ils insistent sur la difficulté du diagnostic lorsque la ponction lombaire n'est pas faite et sur l'évolution aiguë rapidement progressive et fatale.

Paralysie générale chez un vieillard de 77 ans, par MM. CAPGRAS, JOAKI et FAIL. — Le syndrome mental ressemble à la démence sénile ; le syndrome physique et humorale est celui de la méningo-encéphalite syphilitique.

Troubles mentaux chez les deux sœurs, par MM. LEROY et POTTIER. — Deux sœurs sont internées le même jour. Pas d'antécédents héréditaires connus. Toutes deux avaient déjà été internées en même temps en 1917. L'aînée (2^e internement) est une démente paranoïde, la seconde (6^e internement) est une maniaque-dépressive atypique. Les deux sujets sont donc atteints d'affections mentales, différentes comme diagnostic et pronostic. Les auteurs rappellent que les psychoses survenues chez frères et sœurs sont loin d'avoir la même forme clinique. Cependant, la maniaque dépressive et la démence précoce se voient assez souvent dans les mêmes familles.

Paralytique générale, traitée par la malaria, atteinte de délire de négation actuellement disparu, par MM. LEROY, MÉDAKOVITCH et MASQUIN. — Les auteurs montrent à nouveau une paralytique générale, qui, à la suite de l'impaludation thérapeutique, a présenté un délire secondaire de

négation. Ce délire a duré 5 semaines et a complètement disparu. Les auteurs attirent l'attention sur la rémission très bonne de la malade qui a récupéré sa capacité professionnelle, n'a plus de dysarthrie, et a augmenté de 27 kilos en 7 mois.

Paralysie générale prolongée. Examen anatomo-pathologique, par MM. CAPGRAS et L. MARCHAND. — Il s'agit d'une forme de paralysie générale à évolution très lente, puisque la durée de l'affection a été de 14 ans. Les réactions humorales se sont toujours montrées de type atténué. L'examen histologique décèle bien les lésions de la paralysie générale, mais les lésions inflammatoires méningées et les altérations vasculaires du cerveau sont peu accusées. Par contre, les lésions bulbaires sont aussi intenses que celles que l'on rencontre dans la paralysie générale classique.

Epilepsie traumatique. Etat confusionnel terminal par encéphalite au cours d'une pneumopathie aiguë, par MM. L. MARCHAND, A. COURTOIS et P. MASQUIN. — Homme de 22 ans, qui, 3 mois après une fracture du rocher, présente des crises épileptiques généralisées. Troubles subjectifs des traumatismes du crâne, état dépressif avec épisodes confusionnels et plusieurs tentatives de suicide. A l'occasion d'une congestion pulmonaire, nouvel accès grave confusionnel. Décès.

Au niveau de la région frontale droite, cicatrice fibronévroglique avec destruction du cortex. Dans les autres régions de l'encéphale, lésions vasculaires inflammatoires diffuses et altérations cellulaires d'apparence toxico-infectieuse. Dans ce cas, on peut admettre que la lésion cicatricielle traumatique a joué le rôle de lésion d'appel pour le développement du processus encéphalitique terminal au cours d'une maladie infectieuse.

Crises incoercibles de rire et de pleurer chez un débile, par MM. R. DUPOUY, A. COURTOIS et P. RUBÉNOVITCH. — Éliminant les causes habituelles de rire et de pleurer spasmodique et insistant sur l'émotion initiale, le sentiment affectif agréable ou pénible qui accompagne chez ce jeune homme les accès, les auteurs rapprochent les phénomènes observés de ceux dits hystériques. Ils proposent l'emploi d'une suggestion violente comme le torpillage pour guérir ce malade, actuellement incapable à cause de ses crises d'une activité quelconque.

L. MARCHAND,

Société de Psychiatrie

Séance du jeudi 23 octobre 1930

Pratiques toxicomaniaques inhabituelles ; héroïnomanie intra-veineuse ; morphinomanie intra-dermique. — MM. P. SCHIFF et H. PICARD présentent un sujet qui, pour éviter des abcès, dit-il, a inventé de se faire des injections intra-veineuses d'héroïne, qu'il réalise avec la plus grande habileté, allant jusqu'à la dose de 2 gr. par jour (8 injections à 0,25). Contrairement à l'injection morphinique, l'injection intraveineuse d'héroïne ne provoque chez lui ni martèlement céphalique, ni vertige.

Les auteurs rapportent également un cas de morphinomanie par voie intradermique ; chaque injection crée une zone lenticulaire de nécrose avec pigmentation définitive ; l'abdomen du sujet est un plastron d'une centaine de cicatrices semblables.

Syndrome catatonique avec ictère apparu au cours d'une intoxication par la toxine typhique. — MM. CLAUDE, BARUK et MEIGNANT montrent un malade présentant des troubles du caractère, avec instabilité, tendance à l'excitation, qui, au cours d'une intoxication par la toxine typhique, a présenté subitement un ictère en même temps qu'une immobilité brusque et totale, avec catalepsie, négativisme, etc..., réalisant le tableau le plus caractéristique du syndrome catatonique. Antérieurement ce malade, bien que légèrement discordant, et suspect d'un début de schizophrénie, n'avait jamais présenté de signes de la série catatonique.

Les auteurs insistent à ce sujet sur l'importance des facteurs toxiques dans la pathogénie de la catatonie, facteurs toxiques qui, dans cette observation, peuvent être réalisés non seulement par l'action de la toxine typhique sur le système nerveux, mais encore par l'insuffisance hépatique concomitante. A noter d'ailleurs que ces signes catatoniques ont régressé ultérieurement, en même temps que l'ictère disparaissait.

Migraine d'apparence psychogénique suivie ultérieurement d'épilepsie jacksonienne dans un cas d'angiome cérébral ; considérations sur les troubles fonctionnels dans la période initiale de certaines atteintes organiques cérébrales (en par-

ticulier dans les tumeurs cérébrales). — M. H. BARUK rapporte l'observation d'un malade âgé actuellement de 45 ans qui pendant 27 ans de son existence présenta des crises migraineuses accompagnées d'engourdissement des bras et de la jambe gauche. Ces crises étaient déclenchées d'une façon frappante par certains facteurs affectifs et sexuels. Aussi avaient-elles été considérées comme psychogéniques. Or, à 40 ans, apparaît, du même côté que l'engourdissement qui accompagnait les migraines, de l'épilepsie jacksonienne, ainsi que les signes cliniques et radiologiques d'un angiome cérébral.

L'auteur souligne à ce propos le danger de se contenter trop facilement du diagnostic de « trouble psychogénique » et sur l'apparence psychologique de certaines affections organiques à leur phase initiale.

Séance du jeudi 20 novembre 1930

Crises toniques combinées de protrusion de la langue et de trismus se produisant pendant le sommeil chez une parkinsonienne post-encéphalitique. Amputation de la langue consécutive. — M. LACAN présente une malade âgée de 53 ans, atteinte d'un syndrome parkinsonien évident, consécutif à une encéphalite léthargique dont l'épisode initial remonte à décembre 1927.

Mais cette malade est atteinte d'un phénomène très particulier : des crises de trismus avec protrusion de la langue. Ces crises ont débuté en 1928, et ont été précédées de crises oculogyres. Elles se produisent au cours du sommeil : la nuit, la malade est réveillée, la langue entre les dents, et profondément serrée. Parfois, on a pu observer le début de la crise, marqué par l'ouverture de la mâchoire, et la protrusion de la langue. On peut éviter la morsure de la langue en réveillant la malade à ce moment. Il en est résulté à la longue une gangrène de la langue.

L'auteur rapproche cette observation des cas rares d'ailleurs de protrusion de la langue rapportés dans la littérature à la suite de l'encéphalite léthargique. Dans tous ces cas la protrusion n'avait pas lieu pendant le sommeil, contrairement à ce qui se produit chez la malade présentée. Ce caractère différencie nettement cette malade de la plupart des encéphaliques dont les crises toniques paroxystiques ou permanentes s'atténuent durant le sommeil.

Séance du Jeudi 18 Décembre 1930

Onirisme et délire post-onirique à la suite d'une intoxication par l'eucodal et le gardénal associés. — M. MASSAUT (de Liège) rapporte l'observation d'un malade qui, à la suite de l'absorption prolongée d'eucodal et de doses élevées de gardénal, a présenté un délire onirique avec illusions, hallucinations visuelles terrifiantes, etc...

L'orinisme disparu, le malade conserve des idées fixes post-oniriques.

L'auteur attire l'attention sur les dangers d'intoxication de l'eucodal et des divers dérivés barbituriques.

M. DUPOUY rappelle qu'on avait d'abord cru trouver dans l'eucodal un produit équivalent de la morphine, mais dépourvu du danger d'accoutumance. Mais ultérieurement, on s'est aperçu que l'eucodal présentait les mêmes inconvénients à ce point de vue que la morphine, et il est inscrit au tableau A.

Effet de la trinitrine sur certaines manifestations obsédantes considérées comme « spasme de la pensée ». — M. Gilbert ROBIN rapporte l'observation d'un émotif avec anxiété, actuellement âgé de 47 ans. Ce malade a présenté plusieurs accès dépressifs, avec des poussées anxieuses, au cours desquelles il présente un état de rêvasserie, des distractions et une impression de troubles dans sa pensée qu'il désigne sous le nom de « spasme de la pensée ». Or, ces troubles sont remarquablement calmés par la trinitrine.

DISCUSSION

M. BARUK souligne l'intérêt des troubles du courant de la pensée dans les névroses et les psychoses, et des perturbations physiologiques qui les accompagnent.

M. Georges DUMAS discute les méthodes de recherches relatives aux relations des troubles psychologiques et physiologiques en pareil cas.

M. TINEL insiste sur l'importance des angiospasmes, dans la genèse de nombreux syndromes névropathiques et psychopathiques.

M. CLAUDE montre tout l'intérêt des examens vasculaires précis et, en particulier, de l'examen du fond d'œil qui permet parfois de dépister des spasmes vasculaires. Il insiste sur l'importance des troubles dynamiques du système nerveux à la base de névroses ou de psychoses.

H. BARUK.

Société de neurologie

Séance du jeudi 4 décembre 1930

Sur le rapport de la chorée électrique de Dubini et de l'encéphalite myoclonique. — M. KREBS apporte quelques faits nouveaux tendant à confirmer les liens de ces deux affections ; il rappelle que la maladie de Dubini est une épilepsie-myoclonie et que les cas d'épilepsie-myoclonie de l'encéphalite épidémique sont relativement rares.

Sclérose latérale amyotrophique avec syndrome de Parinaud et blépharospasme. — M. J. DEREUX (Lille) rapporte l'observation d'un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique chez qui apparurent en même temps que les premiers signes de cette affection un syndrome de Parinaud et un blépharospasme. Il insiste sur la grande rareté de ces symptômes dans la maladie, rappelle les arguments qui militent en faveur de la nature organique du blépharospasme ; et conclut que rien ne s'oppose à mettre sous la dépendance de la sclérose latérale le syndrome de Parinaud et le spasme de l'orticulaire.

Cécité verbale avec agraphie par lésion traumatique du cerveau droit. — MM. BAUDOUIN, HERVY et MERKLEN présentent une malade de 29 ans qui s'est tiré, il y a 3 mois, au niveau de la tempe droite, une balle de revolver actuellement logée en pleine substance cérébrale à la partie postéro-inférieure du lobe temporal droit. Le syndrome clinique est celui d'une cécité verbale avec agraphie. Les auteurs insistent sur la rareté du cas, — la malade étant droitière, — et discutent l'opportunité d'une intervention.

Un cas de syndrome hypothalamique. — MM. CROUZON, CHRISTOPHE et DESOILLE présentent un malade de 72 ans, atteint après un ictus d'un syndrome hypothalamique typique : hémi-parésie avec choréo-athélose, hémisyn-
drome cérébelleux, gros troubles des sensibilités superficielle et profonde sans douleurs spontanées, hémianopsie en quadrant.

Méningiome de la petite aile du sphénoïde opéré et guéri. — MM. DE MARTEL et GUILLAUME présentent une jeune fille de 22 ans parfaitement guérie après l'ablation d'un méningiome de la petite aile du sphénoïde droit pesant 107 gr. La

malade n'avait aucun trouble neurologique ; il existait une héminopsie binasale avec stase bilatérale et atrophie optique ; les radiographies montraient une selle turcique ballonnée, les petites ailes du sphénoïde étaient normales. Une baisse rapide de l'acuité visuelle nécessita une trépanation décompressive d'urgence qui permit de découvrir une partie du méningiome. L'hémianopsie binasale était bien due, dans ce cas, comme on tend à l'admettre de plus en plus, aux altérations neuro-rétiniennes résultant de l'atrophie post-stase.

Maladie de Dupuytren localisée aux deux derniers doigts de la main gauche avec syndrome de Claude Bernard-Horner, survenue 15 ans après une blessure du nerf cubital du côté opposé avec griffe cubitale des deux derniers doigts. — MM. ALAJOUANINE, MAIRE et GUILLAUME présentent un malade blessé en 1914 par une balle au niveau du bras droit. Le cubital fut intéressé et en 1915, une intervention libéra le nerf au niveau duquel il restait un fragment métallique. Le malade garda une griffe cubitale et des douleurs intermittentes qui augmentèrent d'intensité en 1929, remontèrent jusqu'à l'épaule et au cou, puis descendirent dans le bras gauche où apparut une rétraction de l'aponévrose palmaire avec griffe, en même temps qu'un syndrome de Claude Bernard-Horner gauche. Il existe des deux côtés des troubles sensitifs radiculaires en C³—D¹ des troubles d'hypotonie sympathique à gauche et une élévation de la chronaxie des deux nerfs cubitaux.

Les auteurs insistent sur l'origine nerveuse de ce cas de maladie de Dupuytren et citent deux observations analogues.

Maladie héréditaire du chien homologue de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de P. Marie. — MM. MOLLARET et ROBIN (d'Alfort) présentent une chienne de 4 ans 1/2 atteinte depuis 3 ans d'une affection nerveuse progressive qui consiste essentiellement en un grand syndrome cérébelleux statique et kinétique. Il existe d'autre part un très léger syndrome pyramidal avec réflexe cutané plantaire en flexion, pas de troubles sensitifs ni d'atteinte de nerfs craniens. L'examen oculaire est négatif et l'intelligence est indemne. Un des deux chiots conservés de la première portée a présenté au même âge un syndrome identique.

Les auteurs comparent ce syndrome cérébelleux spontané au syndrome expérimental du Prof. Rademaker ; ils souli-

gnent le caractère exceptionnel de cette maladie héréditaire du chien et concluent à son homologie avec l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie.

Importance des troubles vaso-moteurs au cours des complications post-opératoires en neuro-chirurgie ; à propos d'un cas de tumeur de la moelle dorsale supérieure opérée et guérie. — MM. DE MARTEL, ALAJOUANINE et GUILLAUME ont observé dans les heures qui suivirent l'extirpation de la tumeur des troubles vaso-moteurs fort graves avec hypertension paroxystique, hypothermie et hémorragies gastro-intestinales ; deux jours plus tard, s'installa une urémie très grave avec coma. Ces troubles sympathiques s'observent aussi après des interventions cérébrales. Les auteurs estiment que le dérèglement vaso-moteur est peut-être à l'origine des modifications tensionnelles du liquide céphalo-rachidien après les interventions. L'hypertension intraventriculaire ne serait que la manifestation cérébrale d'un trouble vaso-moteur général.

2 cas d'hémangiome du cervelet dont un familial. Valeur des attitudes de la tête pour le diagnostic des tumeurs de la fosse postérieure. — M. A. VINCENT et Mlle RAPPOPORT présentent deux malades opérés et guéris d'hémangiomes du cervelet.

Les auteurs discutent la valeur de l'attitude de la tête comme signe de tumeur de la fosse postérieure. Pour eux, ce signe n'a de valeur décisive que s'il est un des premiers en date ; à une période tardive, il perd toute valeur localisatrice et peut exister dans les tumeurs frontales comme ils l'ont constaté récemment dans deux cas.

Méningite séreuse à localisations multiples. — MM. CLAUDE, VELTER et DE MARTEL rapportent l'observation d'une jeune fille qui a présenté successivement depuis 8 ans, après des otites à répétition, un syndrome labyrinthique, puis un syndrome bulbo-protubérantiel amélioré après une craniectomie occipitale, enfin un syndrome infundibulo-hypophysaire. La malade refusant une nouvelle intervention, les auteurs pratiquèrent des ponctions ventriculaires qui donnèrent un résultat remarquable ; la malade, qui a subi récemment sa 11^e ponction, a repris depuis plusieurs années une vie normale.

Cette observation montre la nécessité, avant de se résoudre à une intervention grave, de penser à la possibilité d'une méningite séreuse.

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 10 novembre 1930

Double empoisonnement par la cantharide ; guérison. — M. CHAVIGNY relate le cas de deux fiancés qui ont absorbé dans du vin 50 centigr. de cantharidine. Les effets aphrodisiaques furent nuls, mais, par contre, les effets toxiques furent immédiats et graves pour les deux. L'un des fiancés conservera probablement des reliquats pleuro-pulmonaires sérieux. Des recherches bibliographiques, il résulte que l'effet aphrodisiaque produit par la cantharide ou la cantharidine est nul chez la femme et très réduit chez l'homme. Il n'en est pas de même de l'effet toxique assuré. Il y a donc là une légende à détruire.

Délits de nécessité et délits par imprévoyance chez l'enfant. Utilité d'éviter la prison préventive aux enfants dont l'intention délictueuse n'est pas suffisamment établie. — M. CEILLIER. Au point de vue de la défense sociale, il est certain que la délinquance infantile doit être l'objet d'une vigilance particulière. L'auteur estime cependant, que, dans bien des cas, les enfants sont envoyés en prison préventive pour des délits insignifiants. Etudiant séparément la délinquance des garçons et des filles, il note que chez les garçons le vagabondage seul s'élève à 70 pour 100. Sur les 42 enfants envoyés en prison pour vagabondage, 15 n'avaient aucune intention délictueuse.

On distingue donc deux groupes : vagabondage par imprévoyance et vagabondage par nécessité. Dans la première catégorie, après avoir éliminé tous les cas douteux, l'auteur retient 6 cas dans lesquels l'enfant avait fait preuve d'imprévoyance en surestimant ses capacités et avait manqué d'esprit pratique. Souvent, le premier délit est suivi du même délit de nécessité. La prison devient néfaste, car elle précipite l'enfant dans la délinquance, si une aide matérielle et morale ne lui est pas fournie à sa libération. Le vagabondage de nécessité est particulièrement regrettable. Il s'agit d'enfants qui fuient un milieu familial lamentable et ne méritent nullement une répression pénale.

Pour les filles, le vagabondage est presque toujours compliqué de prostitution. Les catégories sont les mêmes que pour les garçons. Sur 22 cas, 7 sont exclusivement la

conséquence de circonstances défavorables. Il semblerait nécessaire que tout employeur d'une mineure ne puisse la renvoyer sans prévenir une œuvre de protection de l'enfance. Plus encore que chez les garçons, on a ici l'impression d'une intrication de facteurs personnels et sociaux.

La prison préventive, dans un grand nombre de cas, est injuste et néfaste. Elle est injuste si l'enfant est victime de circonstances défavorables ; elle est aussi néfaste, car elle ne favorise pas son relèvement. Les conséquences de la prison sont fâcheuses : c'est toujours une tare ; elle révolte un inculpé innocent et agit à rebours. Dans l'intention de remédier à cet état de choses, B. Blacque-Belain a déposé un projet invitant le gouvernement à créer des maisons où seront recueillis et étudiés les mineurs dont l'intention délictueuse n'est pas suffisamment caractérisée. Des ordres seraient donnés aux commissariats de police et au parquet pour n'incarcérer que les mineurs dont l'intention délictueuse est nettement établie.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSÉMBLÉE GÉNÉRALE DU 26 MAI 1930

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

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

MM. Adam (F.), Aubry, Barbé, Clément, Cullerre (A.), Cullerre (E.), Eissen, Gardès, Gilson, Lerat, Mézie, Olivier, Paris, Riche, Salin, Schützenberger, Tissot, Védié, s'étaient excusés de ne pouvoir assister à la séance.

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

M. GUIRAUD. — Depuis notre dernière Assemblée générale nous avons à regretter la perte de six membres de notre association. Nos collègues décédés sont : Bessière, Lalanne, Lachaux, Latreille, Louis Parant, Thibaud.

Lalanne était depuis longtemps membre du Conseil de l'Association Mutuelle. Il était universellement connu et estimé dans le monde des Aliénistes. Médecin-chef à l'Asile de Maréville, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, président de l'Association Amicale, président du dernier Congrès de Barcelone, par son activité, sa bonne humeur, son affabilité, sa vigueur physique, il donnait l'espoir qu'il nous ferait bénéficier longtemps encore de son autorité organisatrice et de sa production scientifique. Sa mort subite a désolé l'Asile de Maréville, ses élèves à la Faculté de Nancy et tous ses collègues.

Bessière est décédé après une longue et honorable carrière dans les Asiles. Nous exprimons à son fils, notre collègue René Bessière, tous nos sentiments de condoléance.

Georges Lachaux, de Marseille, était directeur de la Maison de santé Sainte-Marthe, expert près les Tribunaux. Que ses neveux, les docteurs Reboul-Lachaux, qui ont continué la tradition aliéniste de la famille, reçoivent l'expression de notre sympathie.

E. Thibaud, Médecin en Chef honoraire de l'Asile de Clermont, est décédé subitement dans les Ardennes à l'âge de 68 ans.

Latrelle appartenait à une génération encore jeune. Il avait été successivement Médecin-Chef à Rennes et à Château-Picon, où il est décédé après une cruelle maladie.

Enfin, Louis Parant, qui portait un nom bien connu en médecine mentale, et qui était au début seulement d'une brillante carrière, a été emporté en quelques jours par une complication infectieuse consécutive à une chute subie au cours d'une période militaire.

Nous adressons aux familles de nos collègues décédés l'hommage de nos sentiments de condoléance.

L'activité de notre vice-président Semelaigne nous a amené cette année de nombreuses adhésions. Nous avons le plaisir d'adresser nos compliments de bienvenue à MM. les Docteurs Daussy, Gardès, Largeau, Mahon, Mans, Montas-sut, Schiff, Vié, Paul Vernet.

M. DUPAIN. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'année 1929 :

RECETTES ET DISPONIBILITÉS AU COURS DE L'ANNÉE 1929

Encaisse en numéraire du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1929	1.861 97
Solde créditeur au compte courant chèques-positaux au 1 ^{er} janvier 1929	3.799 90
Subvention du Conseil général	500 »
Souscriptions des Asiles	1.752 10
Cotisations des membres de l'Association	785 »
Retraits du compte courant du Crédit Foncier	4.467 »
Pour ordre retour du Secours envoyé à Mme Largeau	600 »
Total des recettes et disponibilités	13.765 97

DÉPENSES

Secours distribués	12.000 »
Frais de Secrétariat et de Trésorerie	213 10
Pour ordre envoi du secours à Mme Longeaud	600 »
 Total des dépenses	 <u>12.813 10</u>
 Recettes	 13.765 97
Dépenses	<u>12.813 10</u>
 Excédent des recettes	 <u>952 87</u>
 Cet excédent des recettes au 31 décembre 1929 est représenté par :	
En caisse en numéraire du Trésorier	368 07
Solde créditeur au compte-courant des chèques postaux	<u>584 80</u>
 Total égal à l'excédent des recettes	 <u>952 87</u>

DÉCOMPTE DU MOUVEMENT DES FONDS DU TRÉSORIER
DANS LE COURANT DE L'ANNÉE 1929

Disponibilité en numéraire au 1 ^{er} janvier 1929	1.861 97
Encaissement en numéraire au cours de l'année 1929	<u>6.474 60</u>
 Total des disponibilités et encaissements	 8.336 57
Dépense en numéraire	<u>7.968 50</u>
 Reste en caisse du Trésorier en numéraire au 1 ^{er} janvier 1930	 <u>368 07</u>
 Disponibilité en compte courant chèques postaux au 1 ^{er} janvier 1929	 3.799 90
Encaissement au compte courant chèques postaux au cours de l'année 1930	<u>1.629 50</u>
 Total des disponibilités et encaissement	 5.429 40
Dépenses par chèques postaux	<u>4.844 60</u>
 Reste à crédit du compte courant chèques postaux	 <u>584 80</u>

430

ASSOCIATION MUTUELLE

Disponibilité en numéraire	368 07
Disponible chèques postaux	584 80
Total égal à l'excédent des recettes	952 87

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

RECETTES

Solde créditeur au 1 ^{er} janvier 1929	10.775 67
Revenu des rentes et titres en dépôt	7.796 62
Intérêts des fonds en dépôt	42 24
Total des recettes	18.614 53

DÉPENSES

Retrait par chèques	4.467 »
Achat de 2 obligations P.-L.-M. 3 0/0 fusion ancienne	719 65
Frais de garde et autres	80 82
Total des dépenses	5.267 47
Recettes	18.614 53
Dépenses	5.267 47
Excédent des recettes	13.347 06

Cet excédent de recettes représente le solde créditeur au compte courant de notre Association au Crédit Foncier à la date du 1^{er} janvier 1930.

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 1^{er} JANVIER 1930

Encaisse en numéraire du Trésorier	368 07
Solde créditeur au compte courant des chèques postaux	584 80
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier	13.347 06
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.
 39 obligations ch. de fer P.-L.-M., anciennes, 3 0/0.
 35 obligations ch. de fer P.-L.-M., nouvelles, 3 0/0.
 Les secours distribués se sont élevés à 12.000 fr.

BUDGET POUR 1930

Prévisions des recettes :

Cotisations	2.600	»
Souscription d'asiles	2.500	»
Subvention du Conseil général de la Seine	500	»
Revenus des rentes et titres	7.380	»
<hr/>		
	12.980	»
<hr/>		

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	12.000	»
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	200	»
<hr/>		
	12.200	»
<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 sont expirés.

Quinze votes par correspondance ont été reçus.

Sont réélus : MM. Guiraud, Marchand, Petit, Truelle, Usse.

Il est décidé de procéder à un nouveau scrutin pour remplacer au Conseil le Dr Lalanne décédé.

M. Damaye est élu.

Le Conseil se trouve ainsi composé :

MM. Courbon, Cullerre, Damaye, Delmas, dont les pouvoirs expirent en 1931.

MM. Dupain, Olivier, Rayneau, Semelaigne, Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1932.

MM. Guiraud, Marchand, Petit, Truelle et Usse dont les pouvoirs expirent en 1933.

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.

LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Babinski, Claude, Chaussinand, René Charpentier, Cullerre, A. Delmas, J. Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Le Savoureaux, Lhermitte, Meuriot, Rayneau, Semelaigne, J. Tarrius, Vignaud, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély (X.), Abély (P.), Adam (E.), Adam (F.), Alaize, Albès, Allamagny, Ameline, Anglade, Arsimoles, Aubry.

Barbé, Bardol, Baruk, Bauer, Beaudouin, Beaussart, Bécue, Benon, Bessière (R.), Billet, Bonhomme, Bonnet, Borel, Bour, Bourilhet, Boutet, Bouyer, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus, Capgras, Carrette, Carriat, Carrier, Castin, Ceillier, Cénac, Charpenel, Charpentier (J.), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Clément, de Clérambault, Codet, Colin, Collet, Condamine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon, Cullerre (E.).

Day, Dalmas, Damaye, Danjean, Daussy, Delmas (P.), Demay, Deron, Desruelles, Devaux, Devay, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Ducas, Ducosté, Dupain, Dupouy.

Eissen, Euzière.

Farez, Fassou, Fauvel, Fenayrou, Fouque, Frankhauser, Frey, Fromenty.

Gardès, Gassiot, Gelma, Génil-Perrin, Gilles, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guiard, Guichard, Guilherm, Guiraud.

Hacquart, Halberstadt, Hamel (J.), Hamel (M.), Hesnard, Heuyer, Hyvert.

Jalenques, Janet, Journiac.

Kahn.

Lafage, Laffon, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Largeau, Lata-pie, Lautier, Lauzier, Leclercq, Le Grand, Legrain, Le Maux, Lépine, Lerat, Leroy, Le Roy-des-Barres, Levet, Lévy-Valensi, Leyritz, Livet, Logre, Loup, Lwoff.

Mahon, Maillard, Mairet, Malfilatre, Mallet, Mans, Mar-chand, Marie, Martimor, Maupaté, Mercier, Merland, Mézie, Mignot, Minkowski, Monestier, Montassut, Morat, Mourgue, Musin.

Nageotte, Naudascher, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pagès, Païn, Paris, Pasturel, Pellissier, Peron, Perrens, Perrussel, Petit, Pezet, Piétri, Pochon, Porc'her, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Raffegeau, Raviart, Raynier, Reboul-Lachaux, Reddon, Régis, Renaux, Revault-d'Allones, Revertéga, Riche, Ricoux, Robert, Rodiet, Rogues-de-Fursac, Roubinovitch, Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Santenoise (D.), Schiff, Schützenberger, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Sol-lier, Sollier (A.), Spitz, Suttel.

Targowla, Taty, Terrade, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védié, Vernet (G.), Vernet (P.), Viel, Vieux, Villey-Desme-serets, Vinchon, Viollet, Vurpas.

Total : Membres fondateurs 18

Membres sociétaires 232

250

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Le Développement mental et l'Intelligence, par M. Henri Piéron, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris. (1 vol. in-8°, 98 pages, in *Bibl. de Philosophie Contemporaine*, Félix Alcan édit., Paris, 1929).

M. le Prof. H. Piéron a eu l'heureuse idée de réunir, en ce petit volume, quatre leçons faites par lui à Barcelone, à la demande du Dr Emilio Mira, qui a donné, en Espagne, une si heureuse impulsion à l'orientation professionnelle. Il est particulièrement important d'avoir, sur le problème de l'intelligence et de sa mesure, sur la question du développement mental et de l'évaluation du niveau, quelques idées claires et précises. Pour le progrès de nos méthodes éducatives, pour la surveillance mentale des écoliers, pour l'utilisation rationnelle des hommes, et l'orientation professionnelle des enfants, apprécier le progrès mental, estimer cette aptitude essentielle qu'est l'intelligence véritable, constitue la tâche primordiale. Cette tâche nécessite l'union étroite de l'analyse pénétrante des individus, de l'expérimentation (soucieuse de découvrir dans les faits particuliers les relations générales, de préciser la valeur des constantes et l'amplitude d'oscillation des variables), et de l'investigation psychotechnique. Cette étroite union est nécessaire à la fois à la connaissance de l'homme et à une organisation sociale rationnelle.

La première de ces leçons est consacrée au *développement mental et à ses stades*. L'homme ne peut être considéré *in abstracto* et isolé du milieu complexe dans lequel il évolue. M. Piéron expose les données générales destinées à

servir d'introduction à la mesure du développement mental individuel : développement général de l'organisme, premières activités et variabilité de leur âge d'apparition, non parallélisme du développement physique et du développement mental, rôle des éléments régulateurs congénitaux, des facteurs hormoniques, des substances chimiques fournies par l'alimentation, rôle de la puberté, des facteurs pathologiques, des apports sociaux, influence du milieu, nécessité d'envisager à la fois le progrès conditionné par l'évolution organique spontanée de l'individu et celui qui relève de l'éducation sociale sans pouvoir, la plupart du temps, dissocier l'un de l'autre.

La mesure des niveaux de développement doit permettre la connaissance du niveau moyen du développement mental et, par comparaison, une détermination exacte du niveau individuel. M. Piéron rappelle l'échelle, universellement connue, de *Binet-Simon*, la première en date, d'emploi très pratique, réajustée par *Termer*, pour les enfants américains (revision Stanford), l'échelle de *Yerkes* et sa représentation numérique. Ces méthodes, surtout celle de *Binet-Simon*, ont servi de modèle à des étalonnages multiples, et généralisé les méthodes de mesure mentale. Sous le nom de quotient d'intelligence, *W. Stern* a proposé un indice numérique du rapport des vitesses de développement. Mais, si les conditions extérieures ne sont pas identiques, il faut faire des réserves ; il existe, en effet, dans l'application des échelles de développement, un postulat fondamental : c'est que tous les individus examinés sont soumis aux mêmes influences éducatives, aux mêmes sollicitations sociales. Le problème, déjà complexe chez l'enfant, devient plus difficile encore lorsqu'il s'agit de prévoir l'adulte dans l'enfant.

Il semble bien que lorsqu'on a affaire à des enfants normaux de même race, dans des conditions de milieu semblables, la *loi du développement*, lent d'abord, puis de plus en plus rapide, et s'amortissant enfin progressivement, soit sensiblement la même chez tous, en dépit des variations individuelles de vitesse. Il en est autrement lorsqu'on examine des races différentes. C'est ainsi que les races noires présentent plus de précocité que les races blanches, aussi bien dans le progrès que dans l'amortissement et dans l'arrêt.

A condition de limiter l'examen à des groupes d'enfants rigoureusement homogènes, on peut admettre, au cours du développement mental, la constance des hiérarchies. Mais cette hiérarchie se maintiendra-t-elle encore chez les adultes, dont le développement comporte des transformations ?

Pour Claparède, dont on peut accepter la définition analytique, l'intelligence, c'est l'aptitude à résoudre des problèmes. L'échelle de Binet-Simon, dont le maniement simple, pratiqué, rend les plus grands services, ne paraît pas satisfaire à la mesure de l'intelligence ainsi définie. Depuis les travaux de *Rossolimo*, établissant une méthode destinée à fournir un *profil psychologique*, diverses formes de représentation psychographique ont été proposées. *Vermeylen* a proposé une intéressante échelle analytique de développement mental pour les arriérés. L'échelle de Vermeylen montre la variété des types correspondant à un même taux global d'arriération, types dont l'utilisation sociale est fort différente.

Si l'intelligence est une capacité d'adaptation, une aptitude à résoudre des problèmes nouveaux, elle ne correspond pas à une fonction isolable dans la vie mentale. La capacité fonctionnelle de vaincre les difficultés ne relève pas d'une faculté particulière de l'esprit qui met alors en jeu toutes les fonctions mentales susceptibles de participer à cette activité complexe. D'autre part, cette participation de fonctions exige un équilibre harmonieux. Il ne suffirait pas d'évaluer séparément le niveau de chaque fonction et d'en faire ensuite la somme. Et le niveau moyen des fonctions mentales (intelligence globale de Claparède), ne peut nullement se confondre avec cette aptitude particulière à résoudre des difficultés. La vie affective elle-même, comme *Helvétius* l'avait bien vu (1758), apporte ici l'énergie motrice indispensable aux mécanismes intellectuels. L'activité intelligente de l'individu est, en somme, une manifestation de la vie tout entière. D'où la nécessité, pour l'apprécier, de l'expérience directe.

Les nombreux tests d'intelligence proposés par des psychologues américains, le test appliqué à Barcelone par M. Mira, utilisé en Belgique par M. Decroly, en France par M. et Mme Piéron, comportent des séries de questions et de problèmes très variées, à résoudre dans des conditions définies et constantes.

Deux difficultés sont à craindre : le rôle de l'intérêt et celui de l'automatisme mnémonique. Il faut aussi se dénier des évaluations globales, des classements grossiers, et faire intervenir l'analyse psychologique. On sait que la résolution des problèmes peut s'effectuer avec des modalités très différentes. *Thorndike*, par exemple, envisage trois modalités de classement suivant la « vitesse », la « profondeur » et l'« extension ». Les types d'épreuves, dans les tests d'intelligence utilisés jusqu'à présent, sont loin de répondre à la variété des problèmes possibles. L'évaluation de certaines capacités est ainsi rendue très difficile.

M. Piéron a justement pensé qu'il serait insuffisant d'établir une hiérarchie globale des intelligences. En faisant appel à certaines épreuves (du genre de celles de Stenqvist) relatives à l'intelligence mécanique, à des énoncés plus concrets ou plus abstraits, etc., il a pu préciser des formes d'intelligence, en esquisser la silhouette caractéristique, en tracer le « profil ».

Ces profils, dont il donne ici des exemples, permettent de distinguer, parmi les intelligences, la part respective de la compréhension, de la critique, de l'invention créatrice. Le même profil indiquera la prédominance de la forme numérique, verbale, logique, ou générale, de l'intelligence.

C'est en établissant des profils psychologiques aussi complets et aussi exacts que possible des adolescents, qu'on arrivera à réaliser rationnellement l'orientation professionnelle qui permettra de diriger les jeunes sujets avec précision, de les former par une éducation spécialisée, et de les utiliser au mieux.

Tous ceux qui s'intéressent au rôle social de la psychologie, rôle dont l'importance croît rapidement, liront avec intérêt et avec fruit ce petit livre où, en quatre leçons, *M. Piéron* a su magistralement exposer le problème délicat du développement mental et de l'évaluation de l'intelligence, en apportant à sa représentation graphique une intéressante solution personnelle.

René CHARPENTIER.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse des rêves dans un syndrome de dépossession, par le Dr Fernando GORRITI, 1 vol. 201 pages, Buenos Aires, 1930.

Le Dr Gorriti a eu des préventions contre la psychanalyse ; il en convient ; mais il a compris la nécessité d'une longue préparation et d'une longue pratique pour affirmer son utilité dans certains cas. Il se demande : est-ce une doctrine immorale ? — non, car si elle force à pénétrer dans certaines régions scabreuses de la sexualité, c'est pour essayer de l'élever et de rééduquer le patient.

Il s'agit d'un homme de 25 ans dont la mère est internée pour démence précoce depuis 20 ans. A 5 ans il se plaint de terreurs nocturnes ; à 8 ans, il présente des crises d'entérite, puis il a la rougeole et de nouveau des troubles intestinaux ; assez débile physiquement, il fait néanmoins de bonnes études et commence la médecine. A 18 ans, il fait une première fugue et 6 mois après une seconde ; il abandonne la méde-

cine, préfère le dessin ; en réalité, il ne fait rien de bon ; il est surtout préoccupé de sa santé et du mal qu'il imagine qu'on lui veut. Quoique lucide et conscient de son état de dépression, il est en proie à des hallucinations épisodiques et à des obsessions homicides qui motivent surtout son placement. Le thème dominant de ses préoccupations mélancoliques est que ses actes sont trop parfaits pour être de lui, que les suggestions lui viennent de personnes bienveillantes, bref qu'il est « dépossédé » de sa personnalité (syndrome de Lévy-Valensi), crainte en opposition avec les idées de persécution initiales.

Le malade est soigné exclusivement par la méthode psychanalytique qui consiste ici dans l'analyse commentée des rêves, de 74 rêves. Après 2 mois de traitement le malade avoue spontanément deux chocs psychiques de l'enfance à l'occasion de rêves à caractère sexuel évident, précédés d'une série de rêves plus difficiles à interpréter, à contenu symbolique ; symbolique, et évidemment sexuel d'après les canons psychanalytiques (exemples : rêves de jardin, prairies, sentiers escarpés, eau, chambre, table, baionnette, animal féroce...). L'origine de la psychose apparaît dès lors au malade lui-même, grâce à l'analyse des rêves qui lui a permis de retrouver les complexes jusque-là déformés ou dissimulés. La guérison se dessine et coïncide avec le retour de rêves à caractères normaux. Il est à noter que jamais les idées de dépossession n'ont été observées dans les rêves et que l'explication n'a été possible que par l'analyse et les commentaires.

Le Dr Gorriti sent bien que cette guérison est précaire ; le terrain est défavorable, les tendances paranoïdes évidentes ; il faudra peu de choses pour faire renaître de nouveaux conflits. Il persévère cependant dans l'emploi de la méthode et il lui semble que dans certains cas judicieusement choisis elle peut fournir des indications précieuses sur le processus des états psychasthéniques.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Révision de la doctrine des Localisations Cérébrales. Unité segmentaire des réflexes, par R. BRUGIA, ancien Directeur de l'Hôpital psychiatrique, professeur (libre) de l'Université de Bologne. Préface du Professeur PIERRE-MARIE. (1 vol. in-8°, 200 pages, Masson et Cie, édit., Paris 1929).

« L'œuvre entreprise par le Professeur R. Brugia, écrit dans la préface de ce livre le Professeur Pierre-Marie, est

d'autant plus méritoire qu'elle l'amène à s'inscrire en faux contre la plupart des théories dominantes en Neurologie, contre la plupart des idées reçues et indéfiniment propagées, depuis plus de 50 ans. »

« Par ces critiques judicieuses et autorisées, par l'exposé de ses idées et de ses hypothèses, basées sur un fond admirable de connaissances encyclopédiques intéressant aussi bien l'histoire naturelle que les réactions les plus fines de la chimie et de la physique, le Professeur Brugia aura donné à la Révision de la doctrine des Localisations Cérébrales une impulsion nouvelle et tout un programme de recherches d'une étendue et d'un intérêt considérables. »

Dans le système nerveux, écrit M. Brugia, il n'existe pas de centres destinés à recueillir des excitations, à les transformer en impulsions, à susciter des forces nouvelles, à coordonner ces effets en vue d'un résultat final. L'écorce du cerveau ne possède pas d'empreintes statiques de la réalité. La perception, l'idéation, la volonté et leurs formes morbides s'y déroulent par reproduction interne et externe de réflexes cérébraux, simples ou complexes, en association ou en dérivation. Tel est le substratum anatomique de la personnalité.

La biologie, en affirmant l'exactitude de la thèse de la continuité fibrillaire du système nerveux, ou du moins celle de l'unité fonctionnelle du neuromyone contre la doctrine des neurones indépendants et de leurs localisations, met fin à un débat que la morphologie n'a pas su résoudre.

Pour le Professeur Brugia, il faut conclure à la substitution du neuromyone au neurome comme élément unitaire anatomique et physiologique de réactions nerveuses et neuropsychiques ; l'attribution des spécificités correspondantes aux mécanismes terminaux d'expression ; la supposition que la cyto-architecture corticale n'intervient que comme adaptation structurale évolutive, à travers laquelle les courants électriques neuromyoniques produiraient, comme accompagnement des dynamismes inhérents, des charges et des décharges de potentiel, des combinaisons iono-protéiques, des oscillations électro-magnétiques, des phénomènes de résonance, d'interférence, d'induction.

Pour lui, l'absurdité d'une psychologie cellulaire enfermée dans le mystère des cellules ganglionnaires ressort de l'évidence d'une psychologie objective dans laquelle l'agent d'activité est le réflexe, entendu comme adaptation des forces biologiques au monde extérieur.

R. C.

L'épilepsie. Conceptions actuelles sur sa pathogénie et son traitement, par Ph. PAGNIEZ, Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine (1. vol. in-8°, 200 pages, Masson et Cie, édit., Paris 1929).

Cet ouvrage est une mise au point des conceptions actuelles sur la pathogénie et le traitement de l'Epilepsie. Il est basé sur tout ce que la littérature française et étrangère a fourni d'essentiel, touchant cette importante question dans les vingt dernières années et sur les observations cliniques et expérimentales de l'auteur.

Quelle que soit la façon dont on aborde ce problème de pathogénie, on est amené à y reconnaître la mise en jeu de deux facteurs, l'un nerveux, l'autre humorat. C'est actuellement le facteur humorat qui retient le plus l'attention, comme il ressort de cette étude où, suivant un plan personnel, l'auteur passe en revue tout ce qui a trait à l'expérimentation, à l'anatomie et à la physiologie pathologique, aux troubles humoraux, au rôle des glandes endocrines, de l'anaphylaxie, aux perturbations du liquide céphalo-rachidien et du système organo-végétatif, à la thérapeutique enfin de l'épilepsie.

L'ouvrage se termine par un chapitre de synthèse où ont été groupées toutes les données acquises, de façon à dégager la physionomie actuelle de la question et à établir quels sont les points acquis et quels sont ceux qui appellent les recherches de demain.

Les travaux de ces dernières années ont déjà permis de réaliser des acquisitions importantes dans tous les chapitres de cette pathogénie, mais surtout dans l'ordre humorat où les progrès ont été particulièrement sensibles. Parmi ces acquisitions, on peut retenir la démonstration de perturbations importantes du métabolisme azoté, la démonstration de l'existence de périodes d'alcalose sanguine et d'hypocalcémie chez l'épileptique, la mise en évidence d'une instabilité toute spéciale dans cette maladie : instabilité yago-sympathique tensionnelle, céphalo-rachidienne, vasmotrice, leucocytaire, la constatation dans certaines conditions d'une toxicité sanguine spéciale, la possibilité établie de relations entre les crises et certains phénomènes de choc d'ordre divers, le rôle épileptogène de l'hyperventilation.

L'utilisation de toutes ces données nouvelles ne permet pas encore cependant de donner une pathogénie complète et satisfaisante de l'épilepsie. Elle permet, dès à présent, toutefois, d'établir une esquisse de pathogénie qui montre

combien le mécanisme mis en jeu dans la production des crises est complexe et intéressant.

Cette complexité même met en mesure de comprendre que de multiples traitements, résultant pour la plupart de l'empirisme et fort dissemblables, puissent avoir une action importante, mais presque toujours incomplète, sur les manifestations du mal comitial. Certains, comme les bromures, agissent sur la cellule nerveuse ; d'autres, comme la belladone, sur le système sympathique ; d'autres, comme certains régimes, doivent supprimer tout ou partie de l'élément toxique ; d'autres, comme le régime cétogène, s'opposent aux phases si importantes d'alcalose.

Ces derniers et intéressants essais thérapeutiques par le régime cétogène sont issus directement des études pathogéniques ; il montrent combien seront importants, même au point de vue pratique, tous les progrès qui seront réalisés dans une meilleure connaissance de la maladie.

L. E.

Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques, par O. CROUZON. *Préface du Professeur PIERRE-MARIE* (1 vol. in-8°, 386 pages, Masson et Cie, édit., Paris, 1929).

Cet excellent ouvrage de M. Crouzon est un exposé très complet des connaissances actuelles sur ces affections, exposé dans lequel l'auteur apporte des vues nouvelles et une importante contribution personnelle.

Ce livre comprend deux parties distinctes : 1^o Maladies familiales nerveuses ; 2^o Maladies familiales dystrophiques.

En tête du chapitre des *Maladies nerveuses familiales*, l'auteur a placé les considérations générales qui sont communes à toutes les maladies familiales, *les notions sur l'hérédité, les caractères des maladies familiales, l'exposé des lois de Mendel qui régissent l'hérédité de certaines maladies humaines et en particulier certaines maladies du système nerveux*.

Vient ensuite une classification des maladies nerveuses familiales qui montre quelle importance ont prise les descriptions des *maladies familiales atypiques* et la description des *encéphalopathies familiales infantiles* et les diverses maladies nerveuses familiales.

Pour toutes ces maladies, M. Crouzon apporte à côté d'une description courte et classique ses contributions personnelles, principalement en ce qui concerne : *l'atrophie cérébelleuse idiopathique de Bourneville et Crouzon, et une variété*

ANN. MÉD.-PSYCH., 12^e série, t. II. Décembre 1930. 6. 29

singulière d'amyotrophie familiale (Crouzon et Bouttier), etc.

A cette description fait suite celle des maladies nerveuses exceptionnellement familiales (*goitre exophthalmique, maladies de Recklinghausen*).

Le chapitre des maladies familiales dystrophiques a trait aux dystrophies osseuses. A côté de descriptions typiques, l'auteur a donné à ce chapitre une note très personnelle : c'est ainsi qu'à la description de la *dysostose cleido-cranienne héréditaire* de Pierre-Marie et Sainton fait suite l'étude de Crouzon et Bouttier sur la forme cleido-cranio-pelvienne de cette affection.

Une des parties les plus intéressantes du livre est consacrée à l'étude de la *dysostose crano-faciale* héréditaire, cette malformation héréditaire si curieuse que M. Crouzon a décrite en 1912, dont la notion avait été perdue de vue pendant une dizaine d'années et dont un certain nombre de publications ayant trait à la « Maladie de Crouzon », à l' « Enfermedad de Crouzon », au « Syndrome de Crouzon » viennent de montrer récemment toute l'importance nosologique.

Ce volume, très clair et très bien présenté, offre tout l'intérêt qui s'attache à un ouvrage didactique sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques. Il nous donne, en outre, un exposé complet de la riche contribution apportée par l'auteur sur ce point de la pathologie où de nombreuses études lui ont acquis une compétence spéciale.

R. C.

Les Phénomènes de répercussivité, Système sympathique, Système Cérébro-spinal, Les Spasmes vasculaires, Epilepsie, Asthme, par le Dr André THOMAS, Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph (1 vol. in-8°, 256 pages, Masson et Cie, édit., Paris 1929).

Dans tout organisme les diverses fonctions sont solidaires les unes des autres et unies entre elles par des enchaînements biologiques qui assurent leur régularité et leur harmonie. Tout désordre survenu dans l'une d'elles devient le point de départ de répercussions fâcheuses qui s'exercent dans des sens différents. Ou bien c'est l'organe malade dont le déséquilibre retentit sur le fonctionnement des autres organes ; ou bien il subit sous forme de réactions excessives quelques-unes des fluctuations physiologiques qui se produisent à distance dans un organe apparemment sain. Le retentissement de l'organe malade sur les autres organes est connu sous le nom de *sympathie*.

Lorsque c'est sur l'organe malade que se répercute l'activité physiologique d'autres viscères par l'intermédiaire du système nerveux on peut réservier à cette susceptibilité spéciale le nom de *répercussivité*.

Parmi les phénomènes morbides que M. André Thomas passe en revue au cours de cette étude et qu'il considère comme susceptibles d'être attribués à la répercussivité, il convient de distinguer deux groupes : un premier groupe pour lequel la preuve semble définitivement établie, ce sont les surréflexivités sympathiques du tégument (*réflexe pilomoteur, réflexe sudoral, réflexes vaso-moteurs*), bien que ces derniers soient déjà d'une interprétation plus complexe, certains réflexes cérébrospinaux, cinésies ou contraction des muscles striées ; un deuxième groupe qui comprend divers accidents pathologiques, dont les conditions d'apparition rappellent celles du premier groupe : *épilepsie, migraine, angine de poitrine, asthme, etc.* ; leurs relations avec la répercussivité sont moins patentées ; elles sont, pour la plupart de ces accidents, plutôt déduites par analogie, des phénomènes du premier groupe.

Une propriété reste commune aux phénomènes compris dans les deux groupes : la susceptibilité et la réactivité spéciale élective de tel ou tel appareil vis-à-vis de telle ou telle excitation, que cette excitation soit représentée par une perturbation du milieu sanguin, par une excitation nerveuse périphérique ou centrale, par une excitation locale. Cette réactivité excessive est nettement liée dans certains cas à un processus morbide ou cicatriciel. Lorsque celui-ci ne peut être mis en évidence, on est amené à admettre une prédisposition congénitale qui est d'autant plus plausible que le même accident ou des accidents similaires ont été relevés chez des parents ou des collatéraux.

Bien que M. André Thomas, dont on connaît les beaux travaux sur ces questions, tienne lui-même à mettre en garde contre les illusions excessives et les généralisations hâtives à propos des résultats établis, il est cependant évident que de telles études font sortir peu à peu du domaine théorique et de l'hypothèse, des faits précis qui permettent d'orienter la thérapeutique dans les voies rationnelles déduites des notions les mieux établies de la pathologie, de la biologie, de la pharmacie.

L. E.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Délire d'indignité sans mélancolie, par MM. VERMEYLEN et VERVAECK. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, n° 4, 1928.

Etude très fouillée d'un cas de délire primitif d'autoaccusation de Séglas, sans anxiété, sans inhibition, différent de la mélancolie par conséquent, s'éloignant également de la discordance hébephénique par des signes d'une activité mentale constante et utile.

P. C.

NEURO-PSYCHIATRIE

Syndrome cérébello-pyramidal et mental au cours de la varicelle, par MM. VERMEYLEN, van BOGAERT et VERVAECK. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, Bruxelles, janvier, 1930.

A propos de leur observation, les auteurs expriment cette opinion que les troubles mentaux constatés doivent avoir la même pathogénie que ceux qu'on signale dans l'E. E. et chez les hérédo-spécifiques ; il s'agirait d'infections cérébrales infantiles ou intra-utérines.

P. C.

Le sommeil et les narcolepsies, par le Dr Jean LHERMITTE. *Le Progrès Médical*, 31 mai 1930.

La narcolepsie idiopathique n'existerait pas en fait ; toujours les cas soumis à l'observateur sont accompagnés de signes d'affection organique nerveuse ou endocrine. Où trouverait-on les lésions ? Certaines, particulièrement fixes, siègeraient à la surface ventrale du 3^e ventricule et au niveau de la calotte pédonculaire, siège possible de la régulation de la fonction hypnique.

P. C.

Valeur séméiologique de la migraine ophtalmique, par le professeur TERRIEN. *Le Progrès Médical*, 31 mai 1930.

Il faut distinguer 2 formes : l'une qui paraît pure, essentielle, où le terrain joue le rôle principal ; l'autre, associée à des troubles du système nerveux (forme ophtalmique et névralgique ou sympathique) et en rapport avec des lésions de la base du cerveau. Parmi les traitements connus l'auteur parle de l'action du tartrate d'ergotamine et insiste sur le danger de son emploi chez les basedowiens.

P. C.

Au Congrès d'Oto-Neuro-Oculistique de Marseille en 1929, le professeur ROGER avait également parlé de ces questions à propos des migraines hémianopsiques accompagnées d'aphasie ou de paresthésies passagères du membre supérieur. Il préconise l'emploi précoce de l'éther amylyvalériani-que et du benzoate de benzyle.

P. C.

PSYCHANALYSE

Comment étudier la psychanalyse, par le Dr Angel GARMA. *Archivos de Neurobiología*, mai-juin, 1930.

La formation analytique ne peut s'acquérir que par la méditation des œuvres de Freud et de ses élèves et par l'exercice prolongé sur soi-même, sur son propre inconscient. Le traitement ne doit pas se combiner aux autres méthodes psychothérapeutiques.

P. C.

MÉDECINE LÉGALE

Euthanasie par piété, par le Dr Fernando GORRITI. *Société de Médecine légale et de Toxicologie* (in *La Semana Médica*, n° 20, 1930).

L'auteur est un défenseur de l'euthanasie sévèrement surveillée et réglementée par la loi pour les malades incurables, torturés de douleurs physiques intolérables et persistantes, non atténuables par les procédés médicaux.

P. C.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

La première séance supplémentaire de la Société Médico-Psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 15 janvier 1931*, à 9 heures 1/2 très précises, à l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine, à l'*Asile Clinique* (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e arrondissement.

La séance ordinaire de la Société Médico-Psychologique aura lieu le *lundi 26 janvier 1931*, à 4 heures très précises, 12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement.

L'élection aux places vacantes de membre titulaire de la Société médico-psychologique aura lieu à la séance du lundi 26 janvier 1931.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations

M. le docteur DAUSSY, médecin-chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix (Finistère) est nommé médecin-chef à l'asile privé faisant fonction d'asile public de Bégard (Côtes-du-Nord), en remplacement de M. le docteur LE CUZIAT.

M. le docteur BASTIÉ, reçu au concours de médecin-chef des asiles pour l'année 1930 est nommé médecin-chef à l'asile privé faisant fonction d'asile public de la Cellette (Corrèze), en remplacement de M. le docteur LOURADOUR, décédé.

Vacances de postes

Un poste de médecin-chef est vacant à l'Asile public d'aliénés de Clermont (Oise), par suite du décès de M. le docteur CHEZE.

Le poste de médecin-chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Morlaix (Finistère) est vacant par suite du départ de M. le docteur DAUSSY.

Un poste de médecin-chef est vacant à l'asile public d'aliénés de Bron (Rhône), par suite de la mise à la retraite de M. le docteur DODERO.

Directeurs administratifs

Par arrêté en date du 8 novembre 1930, M. DUPAS, directeur administratif de l'asile autonome d'aliénés de Cadillac (Gironde), est nommé directeur administratif de l'asile d'aliénés de Naugeat (Haute-Vienne), en remplacement de M. GRENET, appelé à un autre emploi.

(M. GRENET, conseiller de préfecture interdépartemental, qui avait été détaché au Ministère de la santé publique et nommé directeur de l'Asile de Naugeat, est réintégré dans ses fonctions de conseiller de 2^e classe et affecté au Conseil de préfecture interdépartemental de Nancy).

Par arrêté en date du 8 novembre 1930, M. MAMELET, professeur agrégé de l'Université, en congé, est nommé directeur de l'asile autonome d'aliénés de Cadillac, en remplacement de M. DUPAS, appelé à d'autres fonctions.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Par arrêté en date du 21 novembre 1930, M. le docteur Julien RAYNIER, inspecteur général des Services administratifs, est désigné en qualité de conseiller technique pour la psychiatrie au Ministère de la Santé publique.

ACADEMIE DE MÉDECINE

PRIX DÉCERNÉS EN 1930

Dans sa séance publique annuelle, tenue le 9 décembre, l'Académie de Médecine a décerné pour 1930, les prix suivants :

Prix Baillarger (2.500 francs) : MM. RODIET et Fribourg-BLANC, « *La Folie et la guerre de 1914-1918.* »

Prix Boullard (2.000 francs) : M. TRUBERT, « *Contribution à l'étude de l'Hystérie et de la Mythomanie.* »

Prix Jacques Guérétin (1.500 francs) : M. DEREUX (de Lille), « *Paralysie verticale du regard : contribution à l'étude de la localisation de la lésion.* »

Prix Théodore Herpin, de Genève (3.000 francs) : M. KREBS, « *Myoclonies et mouvements involontaires de l'encéphalite épidémique.* »

FACULTÉ DES LETTRES DE PARIS

Le Docteur QUERCY, médecin de l'Asile de Rennes a soutenu, en Sorbonne, le 12 décembre, devant la Faculté des Lettres, les thèses suivantes pour l'obtention du diplôme de doctorat ès lettres :

Thèse complémentaire : « *L'Hallucination, I. Philosophes et Mystiques.* »

Thèse principale : « *L'Hallucination, II. Etudes Cliniques.* »

FACULTÉ DES LETTRES DE RENNES

Le docteur QUERCY, médecin-chef de l'asile public d'aliénés de Rennes, chargé du cours de psychiatrie à l'Ecole de médecine, est chargé d'un cours de psychologie à la Faculté des lettres de Rennes.

A PROPOS DE L'ASILE DE LA CELLETTE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Après avoir relaté la mort tragique du Dr Louradour, tué par un aliéné, les *Annales* de juillet 1930 ajoutent (p. 163) que le service médical de l'asile de la Cellette (Corrèze) est assuré par deux praticiens des localités voisines, « aucun médecin du cadre ne consentant à aller s'isoler dans cette région ».

Depuis que les asiles privés sont tenus de choisir leurs médecins parmi les médecins du cadre, le poste de la Cellette ne s'était pas trouvé vacant, du moins officiellement. Dès que la vacance créée par le décès du Dr Louradour a été annoncée à l'*Officiel*, la candidature d'un médecin du cadre, issu du dernier concours, s'est produite, et elle a été transmise aussitôt par l'Administration centrale à la Congrégation, propriétaire de l'établissement.

Il se peut que certaines personnalités locales aient intérêt à faire croire qu'il est impossible de trouver des médecins du cadre pour résider dans tel ou tel asile privé. La réalité est tout autre, et il est important de le rappeler.

Dr G. DEMAY,

*Secrétaire de l'Association amicale
des médecins des Asiles d'aliénés.*

LA RÉVISION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838 AU SÉNAT

Le Sénat a inscrit à son ordre du jour la discussion du rapport de M. Paul STRAUSS sur le projet de loi portant modification de la loi de 1838. La discussion générale s'est ouverte le 20 novembre dernier.

M. le Ministre de la Santé publique a désigné pour l'assister, comme Commissaires du Gouvernement, MM. le docteur RAYNIER, inspecteur général des Services administratifs, Serge GAS, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, HAYE, chef du 1^{er} Bureau.

LE « MENTAL TREATMENT ACT », EN ANGLETERRE

Les efforts faits en Angleterre en vue de réformer les asiles d'aliénés et d'améliorer l'assistance et la thérapeutique psychiatriques, ont abouti au Mental Treatment Act, qui aura valeur de loi en janvier 1931. Cet acte marque une évolution importante dans le traitement des maladies mentales.

DECRET RELATIF
A L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE EN INDOCHINE

Le numéro de novembre de « L'Aliéniste français » publie le texte d'un décret présidentiel pris sur le rapport en date du 16 juillet 1930 du Ministre des Colonies et du Garde des sceaux, Ministre de la Justice, décret qui établit la législation sur l'assistance psychiatrique en Indochine.

En raison de l'augmentation constante de la population européenne, de la tendance de plus en plus marquée d'une partie de cette population à se fixer à demeure et à y faire souche, du nombre chaque jour plus élevé de psychopathes indigènes envoyés à l'asile de Bien-Hoa, il a paru opportun de réaliser en Indochine la réforme définitive de l'assistance psychiatrique et d'envisager son exécution en créant, dès maintenant, un deuxième asile d'aliénés et des centres d'assistance secondaires.

Le décret envisage l'assistance aux aliénés dans les différents pays du groupe et prévoit la construction d'établissements nouveaux qui permettront de traiter tous les malades atteints d'aliénation mentale ; il détermine les prescriptions à observer pour le placement des malades dans les établissements publics ou privés d'aliénés, les conditions auxquelles est subordonnée leur sortie, celles dans lesquelles doivent

être effectués les transferts dans la colonie ou vers la métropole et réglemente l'organisation générale des asiles, leur surveillance, l'administration des biens des aliénés.

D'un point de vue général, certaines dispositions étudiées au Parlement au cours de ces dernières années ont été incorporées à la loi fondamentale de 1838.

D'un point de vue particulier, l'organisation administrative d'Indochine et les caractères ethniques particuliers de ses populations imposaient la nécessité d'adopter, pour son élaboration, non une formule particulière à chaque groupement, mais des prescriptions communes par le texte et par l'esprit, susceptibles de servir de cadre aux arrêtés locaux et aux ordonnances royales qui interviendront ultérieurement à l'effet d'adapter celles de ces prescriptions relatives à la capacité civile et à l'administration des biens des aliénés indigènes à la législation et aux coutumes qui les régissent.

L'ensemble de ces textes aboutira à l'établissement de la législation définitive sur l'assistance psychiatrique en Indochine.

**L'ASILE DE BIEN-HOA
ET LES PROGRÈS DE L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS
EN INDOCHINE**

Dans leur rapport au Congrès de Tunis, en 1912, Reboul et Régis ont insisté sur la situation pénible des aliénés de l'Indochine et l'absence de tout système d'assistance pour cette catégorie de malades.

Dans le numéro de novembre de *l'Aliéniste français*, le Dr Sonn, ancien interne des Asiles de la Seine, médecin des Asiles publics d'aliénés, montre l'importance considérable des progrès réalisés depuis cette époque.

Les aliénés indochinois sont maintenant hospitalisés et traités par les méthodes thérapeutiques modernes.

Commencée en septembre 1914, la construction de l'asile de Bien-Hoa fut terminée en 1918. Les premiers malades ont été admis en janvier 1919. L'asile reçoit les malades des deux sexes qui viennent de tous les pays de l'Union indochinoise.

L'asile de Bien-Hoa, situé à 4 kilomètres du chef-lieu, en bordure de la route coloniale n° 1, occupe un terrain surélevé et couvre une superficie d'environ 20 hectares.

Il comprend de nombreux pavillons avec de vastes cours entourées de massifs de verdure et de palissades. Un petit

ruisseau le traverse et y entretient une agréable fraîcheur. Des vases chinois et des statuettes bouddhiques ornent les parterres. L'abondance des fleurs, le tracé rectiligne des allées, la grande propreté que le personnel entretient dans tout l'asile, donnent au visiteur une impression favorable.

En décembre 1929, l'asile hospitalisait 468 aliénés, répartis dans 13 pavillons de traitement, dont 3 sont destinés aux malades européens.

Le personnel médical se compose d'un médecin-directeur et d'un médecin-résident. Le personnel secondaire se compose d'agents sans instruction spécialisée (surveillants et surveillantes) et d'agents spécialisés (infirmiers). Ceux-ci sont d'ailleurs encore en trop petit nombre.

Le personnel secondaire se compose d'agents sans instruction spécialisée (surveillants et surveillantes) et d'agents spécialisés (infirmiers). Ceux-ci sont d'ailleurs encore en trop petit nombre.

Les malades reçoivent une nourriture substantielle et variée. Le riz, le poisson frais, le poisson sec, la viande de porc ou de bœuf, les œufs de cane, le nuoc-mam, les légumes vers et le thé-annamite, sont les principales denrées composant la ration ordinaire.

La proportion des aliénés travailleurs est d'environ 1/3 de l'effectif ; on cultive dans l'exploitation agricole de l'asile le paddy, le tabac et les cultures vivrières indigènes (maïs, patates, manioc, haricots), 4.820 kilogs de paddy ont été récoltés en 1929. L'asile possède en outre 400 hévéas qui pourraient être mis prochainement en saignée.

Le vêtement se compose d'une veste et d'un pantalon dont la forme varie suivant le sexe. La coiffure est un chapeau annamite.

Les locaux permettent d'établir une sélection suffisante.

L'asile possède un laboratoire, mais celui-ci ne fonctionne pas encore normalement, faute de personnel. Les examens sont pratiqués à l'Institut Pasteur de Saïgon.

L'asile possède tout ce qui est nécessaire pour traiter les malades par les méthodes thérapeutiques modernes. En 1929, plusieurs cas de paralysie générale ont été traités par la malariathérapie.

L'Asile de Bien-Hoa est un asile moderne qui permet de réaliser, dans de bonnes conditions, l'hospitalisation et le traitement des malades mentaux. Il peut être comparé à l'asile d'Ambohidratrimo (Madagascar).

Le transfert à Bien-Hoa des malades provenant des régions

éloignées de l'Union Indo-Chinoise entraîne des frais élevés. Il est une cause de grande fatigue lors du transport des malades, et un obstacle aux visites familiales.

Il y aurait intérêt à créer, en Indochine, de nouveaux établissements psychiatriques. Actuellement, un asile est en cours de construction au Tonkin, à Bac-Giang, il sera vraisemblablement mis en service vers la fin de 1930 et recevra les malades du Nord-Annam et du Laos.

PROJETS DE RÉFORMES

A APPORTER A L'ASSISTANCE AUX ALIÉNÉS ET A L'ORGANISATION DES ASILES

L'Association Amicale des Médecins des Etablissements d'aliénés de France a mis à l'ordre du jour d'une Assemblée générale qui se tiendra à Paris, les 21 et 22 décembre, l'exposé et la discussion des rapports suivants :

Extension des placements volontaires à titre gratuit, par le Dr PRINCE (de Rouffach).

Dispositions législatives et réglementaires applicables aux services ouverts, par les Drs DUPOUY et P. ABÉLY (de Paris).

De l'organisation médicale et administrative des asiles, par le Dr BEAUSSART (de La Charité-sur-Loire).

Organisation technique des hôpitaux pour maladies mentales, par les Drs AUBRY, HAMEL, PRIVAT DE FORTUNIÉ (de Nancy) et ARSIMOLES (de Hoerdt).

Nombre de malades et nombre de médecins dans les asiles de province, par le Dr WAHL (de Marseille).

Sur l'insuffisance du nombre des médecins dans certains asiles d'aliénés, par le Dr Roger MIGNOT (de Paris).

Unification des comptes moraux et des statistiques médicales, par les Drs Frantz ADAM et Pierre SCHÜTZENBERGER (de Rouffach).

Ces importants rapports ont été publiés dans un numéro spécial (n° supplémentaire, 9 bis, décembre 1930) de *l'Aliéniste Français*, bulletin mensuel de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés (bulletin publié à l'Asile de Fitz James, par Clermont-de-l'Oise).

L'INSUFFISANCE DU NOMBRE DES MÉDECINS DANS CERTAINS ASILES D'ALIÉNÉS

Le Dr Roger MIGNOT, médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard, président de l'Association amicale des médecins des Etablissements publics d'aliénés de France, a, le 1^{er} octobre

1930, attiré l'attention de M. Désiré Ferry, Ministre de la Santé publique, sur l'insuffisance du nombre des médecins dans un certain nombre d'asiles.

LE NOMBRE DES MALADES MENTAUX AUX ETATS-UNIS

Le nombre des malades mentaux a augmenté dans les hôpitaux des Etats-Unis. Les dernières statistiques présentées par le département du commerce des Etats-Unis englobent les années 1926 et 1927.

Elles envisagent 163 hôpitaux d'Etat et deux hôpitaux fédéraux. Le nombre total des malades dans les hôpitaux d'Etat, au début de 1928, était 264.226, et le nombre des admissions, en 1927, atteignait 56.288. En janvier 1923, 85,9 0/0 des malades mentaux des hôpitaux des Etats-Unis étaient soignés dans les hôpitaux d'Etat.

Au début de 1927 on comptait 284.650 malades soignés dans ces hôpitaux ; 29.792 d'entre eux étaient là sur parole ; 56.288 étaient admis pour la première fois ; 34.662 furent renvoyés guéris.

En 1928, le nombre des malades mentaux hospitalisés par les hôpitaux d'Etat représentait les 221,4 pour 100.000 de la population totale.

En 1880, il n'y avait dans ces établissements que les 63,7 pour 100.000 de la population. Il y a donc 30 0/0 d'augmentation de malades mentaux, ce qui permettrait de conclure qu'il y a augmentation des maladies mentales. Cependant, il faut envisager la confiance plus grande accordée aux traitements mentaux hospitaliers et, aussi le fait que beaucoup de ces malades pris au début sont en traitement volontaire, ce qui n'arrivait jamais autrefois.

Evidemment, ajoute le *Siècle Médical* qui publie cette statistique, le progrès peut être incriminé, mais non dans de telles proportions.

XVI^e CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE

Paris (Lundi 4, mardi 5, mercredi 6 mai 1931)

Président : Dr PAUL.

Vice-présidents : MM. MAUCLAIRE (Paris), TRIQUENEAUX (Avesnes) et VERVAECK (Bruxelles).

Secrétaire général : M. PIÉDELIÈVRE (Paris).

Secrétaire des séances : M. SZUMLANSKI (Paris).

Questions mises à l'ordre du jour :

1^o MÉDECINE LÉGALE : *La Responsabilité médicale*, par MM. DONNEDIEU DE VABRES et DUVOIR (Paris) ; — *Etude médico-légale des accidents d'automobile*, par M. SIMONIN (Strasbourg).

2^o PATHOLOGIE TRAUMATIQUE : *L'Appendicite traumatique*, par M. VIART (Paris).

3^o PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE : *Les Crimes passionnels*, par M. LÉVY-VALENSI (Paris).

Le programme détaillé sera publié ultérieurement.

Adresser les demandes de renseignements et les inscriptions à M. VERNIS, 29, quai de l'Horloge, Paris, 4^e. La cotisation est de 60 fr. et donne droit au compte rendu du Congrès. Elle est de 30 fr. pour les abonnés aux *Annales de médecine légale* et pour les membres de la Société de médecine légale.

Les congressistes qui désirent faire une *communication* à l'une des séances du Congrès, sont priés d'envoyer le titre de cette communication le plus tôt possible à M. PIÉDELIÈVRE, *secrétaire général*, 24, rue Gay-Lussac, Paris, 5^e.

TABLE DES MATIÈRES

TABLES

DE

L'ANNÉE 1930

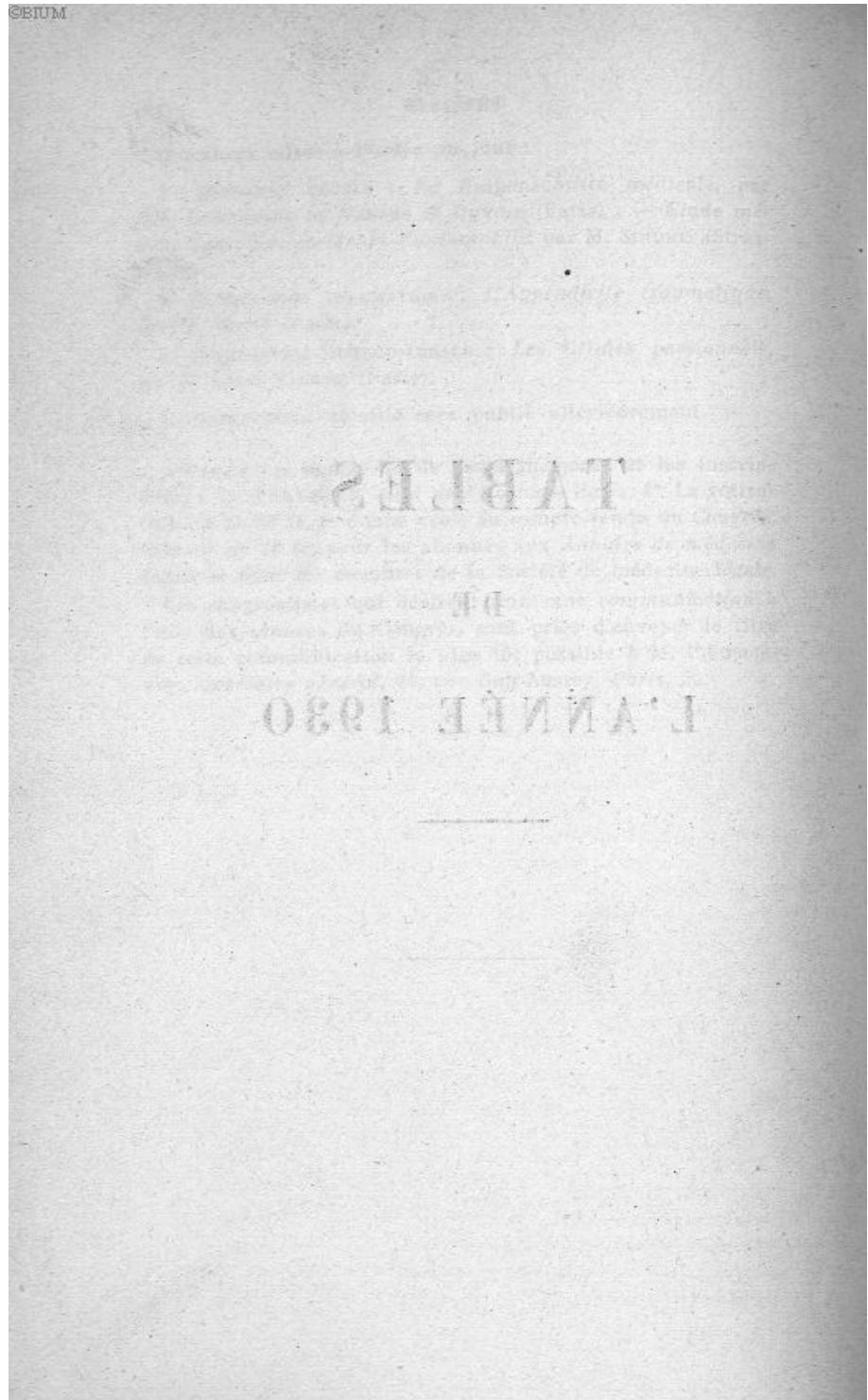


TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOMES I ET II. — JANVIER-DÉCEMBRE 1930

Chroniques

Impressions médico-psychologiques d'Espagne, par M. Paul COURBON, tome I, p.	97
Impressions médico-psychologiques d'Espagne (2 ^e article), par M. Paul COURBON, tome I, p.	193
L'expertise psychiatrique devant la juridiction criminelle et la défense sociale contre les anormaux, par M. René CHARPENTIER, tome I, p.	289
Le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Lille (XXXIV ^e session), par M. Paul COURBON, tome II, p.	73
Henri Colin, par M. Paul COURBON, tome II, p.	169
La fusion des Sociétés psychiatriques parisiennes, par M. René CHARPENTIER, tome II, p.	265
A nos lecteurs, par M. René CHARPENTIER, tome II, p.	361

Articles originaux

A. RODIET et Pr. FRIBOURG-BLANC. — Influence de la guerre sur l'aliénation mentale à Paris, tome I, p.	5
Henri DAMAYE. — Psychoses toxico-infectieuses chroniques et maladies intercurrentes, tome I, p.	25
Paul ABÉLY. — Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce, tome I, p.	28
P.-D. DAVYDOFF. — L'influence du trauma psychique au cours de la grossesse sur le fœtus et sur l'apparence future de l'enfant, tome I, p.	37
W. BOVEN. — Sorciers d'autrefois, possédés d'aujourd'hui, tome I, p.	41
G. HALBERSTADT. — Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaco-dépressive, tome I, p.	117
Véra KOVARSKY. — Le rôle de la méthode du profil psychologique dans l'orthopédie psychique, tome I, p.	143
Jacques VITÉ. — Un trouble de l'identification des personnes ; l'illusion des sosies, tome I, p.	214
ANN. MÉD.-PSYCH., 12 ^e série, t. II. Décembre 1930.	7. 30

A. RODIET. — Un cas d'obsessions chez un médecin pendant la guerre, tome I, p.	238
R. DUPOUY et J. DUBLINEAU. — Le liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, tome I, p.	321
HALBERSTADT. — Etude clinique de la démence mélancolique présénile, tome I, p.	409
L. MARCHAND. — La démence précoce symptomatique d'encéphalite, tome II, p.	5
M. CHAVIGNY. — Un cas d'homosexualité féminine, tome II, p.	37
M.-G. HEUYER et Mlle SERIN. — Les troubles du caractère au début de la démence précoce, tome II, p.	90
SCHROEDER-KNUD. — Le traitement par le soufre (sulfosine) de la paralysie générale et de quelques autres maladies syphilitiques ou non du système nerveux central, tome II, p.	190
J. CAPGRAS. — Le délire d'interprétation hyposthénique, délire de supposition, tome II, p.	272
P. ABÉLY. — La mélancolie pancréatique. (D'une forme fréquente de la mélancolie d'involution), tome II, p.	300
G. DE MORSIER. — Le mécanisme des hallucinations, tome II, p.	365
Ed. TOULOUSE, Roger DUPOUY et Marcel MOINE. — Statistique de la Psychopathie, tome II, p.	390

Documents cliniques

G. DEMAY et A. SIZARET. — Perversions consécutives à une diphtérie grave, tome I, p.	53
---	----

Société Médico-Psychologique

<i>Séance du 30 décembre 1929.</i> — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE : Election du Bureau de l'année 1930. — SÉANCE ORDINAIRE : Du rôle capital du milieu social dans la genèse de certaines psychoses et de l'opportunité de l'internement prophylactique, par M. Paul Courbon. — Tentatives répétées de suicide, séquelles d'alcoolisme subaigu (impulsions post-oniriques), par MM. G. Demay et A. Sizaret. — A propos des centres de malariathérapie, par M. Henri Claude. — Organisation dans les asiles d'aliénés de services spécialisés pour le traitement de la paralysie générale, par MM. Leroy et Capgras. — A propos de centres de malariathérapie dans les départements, par M. Paul Abély, tome I, p.	58
--	----

<i>Séance du 27 janvier 1930.</i> — Correspondance. — Installation du Bureau. — Discours de M. Capgras, Président. — Rapport de la Commission des Finances. — Prix de la Société. — Etude critique des morphogrammes schizoides de Kretschmer, par Mlle Pascal et M. J. Vié. Discussion : M. Guiraud. Délires secondaires à la manie. Délires interprétatifs, par le Dr J.	
--	--

TABLE DES MATIÈRES

459

Lautier. Discussion : MM. Dupouy, Delmas, Courbon, Lautier, Capgras, Janet, Guiraud. Vœu voté par la Société Médico-Psychologique, tome I, p.	149
Séance du 24 février 1930. — Correspondance. — Syndrome démentiel présénile avec atteinte du liquide céphalo-rachidien, par M. P. Guiraud et Mme Yv. Le Cannu. — La psychose anxieuse, syndrome encéphalitique, par M. René Targowla. Discussion : MM. Marchand, Delmas, Targowla. — Paraphrénie expansive et démence paranoïde (contribution à l'étude des psychoses paranoïdes), par M. Henri Ey, tome I, p.	242
Séance du 31 mars 1930. — Correspondance. — Rapport de candidature de M. Demay. — Différences clinique et thérapeutique de la paralysie générale chez la femme, par MM. Leroy et Médakovitch. — Le niveau mental des paralytiques généraux, par M. Th. Simon. Discussion : MM. Delmas, Simon, Charpentier, Claude. — Suicide, moyen de défense de l'entourage d'une aliénée méconnaissable, par M. Paul Courbon. Discussion : MM. Delmas et Dupouy, tome I, p.	365
Séance du 28 avril 1930. — Correspondance. — Mort du Dr Blin. — Rapport de candidature de M. Heuyer. — Deux aspects de l'Emotivité, par M. H. Codet. Discussion : MM. Dupouy, Rodlet, Courbon et Codet. — Nouvelles remarques sur la démence paralytique et les examens propres à en apprécier le degré, par le Dr Th. Simon. Discussion : MM. Dupouy et Simon, tome I, p.	426
Séance du 26 mai 1930. — Correspondance. — Mort du Dr Lalanne. — Rapports des Commissions de prix. — Démence encéphalitique. Etude anatomo-clinique. Projections, par M. Marchand. Trois nouveaux cas de parégorisme, par MM. Dupouy et Ballarin. — Incontinence mentale sénile et réactions mystificatrices de défense de l'entourage, par M. Paul Courbon, tome II, p.	42
Séance du 30 juin 1930. — Souhaits de bienvenue à M. le Dr L. Vernon-Briggs, de Boston. — Mort du Dr Pierre Lelong. — A propos du procès-verbal de la précédente séance : intervention de M. Leroy, au sujet de la communication de M. Marchand. — Correspondance. — Projet de fusion des Sociétés. Nomination d'une Commission. — Rapport de candidature du Dr François Naville. — Examen de paralytiques généraux avant et après traitement, par M. Th. Simon. Discussion : MM. Leroy, le Prof. Claude, Simon. — Schizophrénie par hérédité précessive chez une mère et ses trois enfants, par MM. Paul Courbon et Mondain. Discussion : MM. Semelaigne, Pierre Janet, Heuyer, Courbon. — Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxico-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales, par	

les Drs M. Desruelles et Agnès Chiarli. — Injections de sérum bromuré hypertonique dans les crises subintrantes d'épilepsie, par M. Desruelles et Agnès Chiarli, tome II, p.	111
<i>Séance du 28 juillet 1930.</i> — La mélancolie pancréatique (d'une forme fréquente de la mélancolie d'involution), par M. P. Abély. — Délire cénesthésique, par MM. Raymond Mallet et Pierre Male. Discussion : MM. Guiraud, Mallet, tome II, p. ...	198
<i>Séance du 27 octobre 1930.</i> — Allocution de M. Capgras, président (mort du Dr Henri Colin). — Correspondance. — Les cyphoses des déments précoce, par M. Jacques Vié. — Délire systématisé de persécution et de possession démoniaque consécutif à des pratiques spirites, par MM. Leroy et C. Pottier. Discussion : Dr de Clérambault. — Débile affaibli avec syndrome eunuchoïde, par MM. Th. Simon et Rondepierre. — Un cas de démence précoce chez un bon absent. Considérations sur les motifs invoqués par les bons absents, par M. Folly, tome II, p.	202
<i>Séance du 24 novembre 1930.</i> — Correspondance. — Assemblée générale. Projet établi par la Commission de la Société Médico-Psychologique pour la fusion des trois Sociétés Psychiatriques. — Deux cas d'encéphalites psychosiques aiguës post-puerpérales, par MM. E. Toulouse, L. Marchand et A. Courtois. Discussion : MM. Heuyer, Achille Delmas et Courtois. — Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérée, par MM. A. Courtois et P. Mareschal. — Syndrome démentiel d'allure paralytique post-traumatique. La pseudo-paralysie générale traumatique, par MM. R. Dupouy et A. Courtois. Discussion : M. Claude. — Evolution d'accès à forme septicémique chez un encéphalitique parkinsonien, par le Dr R. Briau, tome II, p.	312
<i>Séance du 22 décembre 1930.</i> — Correspondance. — Election du Bureau pour 1931. — A propos du <i>Bulletin</i> de la Société. — Réceptions de membres honoraires, titulaires et correspondants. — Election d'un membre correspondant national de la Société médico-psychologique, tome II, p.	405

Analyses

Maladie de Recklinghausen : Schwannomes, méningoblastomes, gliomes ponto-cérébelleux, gliomatose centrale, par M. L. Marchand, tome I, p.	86
Sarcomatose méningée diffuse primitive, par MM. L. Marchand et J. Picard, tome I, p.	86
La clinique et le laboratoire, par le Dr H. Bouquet, tome I, p.	88
Demain à Thélème, par le Dr W. Nicati (A. Cullerre), tome I, p.	282
Conférences de sympathologie clinique, par M. Laignel-Lavastine (M. B.), tome I, p.	449

TABLE DES MATIÈRES

461

La maladie de Friedreich, par M. P. Mollaret (J. Lautier), tome I, p.	450
Les psychoses évitables, par M. M. Nathan (M. B.), tome I, p., La maladie de Jean-Jacques Rousseau, par le Dr S. Elosu (J. Lautier), tome I, p.	451
Le traitement de la paralysie générale et du tabès par la mala- ria provoquée, par le Professeur A. Fribourg-Blanc (René Charpentier), tome I, p.	452
Travaux de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Strasbourg (R. C.), tome I, p.	453
Lésions anatomiques d'un cas d'aphasie paramnésique (Pitres), aphasie glosso-psychique de Storch, par le Prof. Pfersdorff (M. Trénel), tome I, p.	453
Contribution à l'étude des catégories du langage, par le Prof. Pfersdorff (M. Trénel), tome I, p.	454
L'Année Psychologique, par le Professeur Henri Piéron (R. C.), tome I, p.	455
Principes de Psychologie appliquée, par le Dr H. Wallon (René Charpentier), tome I, p.	456
Problèmes sociaux et Biologie, par Henri Damaye, tome I, p.	458
Altérations dynamiques et qualitatives du liquide céphalo-rachi- dien chez les épileptiques, par G. Dalma (Guiraud), tome I, p.	459
La réaction de précipitation de Hinton dans le liquide céphalo- rachidien, par C. Ugurgieri (Guiraud), tome I, p.	459
L'équilibre acide-base dans l'épilepsie, par M. Gozzano (Guir- raud), tome I, p.	460
Histologie comparée et histophysiologie des plexus choroides dans la série des vertébrés, par M. Viali (Guiraud), tome I, p.	460
L'enzymoréaction chez les aliénés, par MM. L. Ciampi, G. Viale et T. Combes (G. Revault d'Allonne), tome I, p.	460
Le syndrome de puérilisme mental, par M. J. Nardi (Guiraud), tome I, p.	462
Idées fixes, démence précoce et schizophrénie, par M. L. Gri- maldi (Guiraud), tome I, p.	462
Sur l'importance des troubles auditifs en pathologie mentale, par M. P. Ottonello (Guiraud), tome I, p.	463
Le narcissisme catatonique dans la schizophrénie et son expression extrême : la position embryonnaire, par M. Lévi- Bianchini (Guiraud), tome I, p.	463
La réaction photo-sérochromatique de Kottmann dans les psy- choSES, par M. L. Cabitto (Guiraud), tome I, p.	464
La réserve alcaline et la tension alvéolaire dans certaines for- mes mentales, par M. A. Puca (Guiraud), tome I, p.	464
La réserve alcaline et l'équilibre acide-base chez les épilepti- ques, par M. A. Marsazza (Guiraud), tome I, p.	465
La mentalité dégénérative, par M. F. del Greco (Guiraud), tome I, p.	466

TABLE DES MATIÈRES

Les phénomènes météorologiques dans leur rapport avec les maladies mentales, en particulier avec l'épilepsie, par M. C. Bellavitis (Guiraud), tome I, p.	466
Syndrome catatonique et encéphalite épidémique chronique, par M. A. Puca (Guiraud), tome I, p.	466
Comportement de la bilirubinémie dans la confusion et les autres formes de maladies mentales, par M. C. Ugurgieri (Guiraud), tome I, p.	467
La géno-cuti-réaction chez les aliénés, par M. G. de Nigris (Guiraud), tome I, p.	467
Exploration des fonctions hépatiques chez les confus et les déments précoce, par S. Gullota (Guiraud), tome I, p.	468
Thérapeutique symptomatique comparée de l'épilepsie, par M. C. Roncati (Guiraud), tome I, p.	468
Sur les propriétés thérapeutiques des glandes germinatives des vertébrés inférieurs, par le Professeur C. Ceni (Guiraud), tome I, p.	469
Nouvelles contributions à la pyrétothérapie chimique dans la P. G. et les autres maladies du névraxie, par M. P. Armenise (Guiraud), tome I, p.	469
Le traitement des maladies mentales par l'insuline, par M. C.-E. Roberti (Guiraud), tome I, p.	470
Nouvelle méthode d'hyperpyrexie, surtout dans les maladies du système nerveux, par M. B. Bernardi (Guiraud), tome I, p.	470
Sur les propriétés thérapeutiques des glandes germinatives des vertébrés inférieurs dans les troubles mentaux, par M. G. de Nigris (Guiraud), tome I, p.	471
Rapidité de sédimentation des globules rouges et malarithérapie, par M. Benvenuti (Guiraud), tome I, p.	471
Constatations humorales atypiques et considérations sur l'évolution des réactions biologiques des liquides des paralytiques malarisés, par M. F. Cardillo (Guiraud), tome I, p.	471
Situation légale des paralytiques malarisés, par M. Nerio Rojas (G. Revault d'Allonne), tome I, p.	472
Anxiété simple, obsessive et délirante chez les condamnés, par M. O. Loudet (G. Revault d'Allonne), tome I, p.	473
Constitution paranoïaque et criminalité, par M. O. Loudet (G. Revault d'Allonne), tome I, p.	474
Sursimulation de la folie chez une aliénée délinquante, par M. O. Loudet (G. Revault d'Allonne), tome I, p.	474
Grossesse et syndrome parkinsonien post-encéphalitique, par le Dr R. Hernandez-Ramirez (P. Carrette), tome II, p.	65
Sur les états crépusculaires, par le Dr Ramon Rey-Arlid (P. Carrette), tome II, p.	65
Nouvel agent de pyrétothérapie, le Trepomena Hispanicum et son application pour le traitement des maladies nerveuses et mentales, par le Docteur Isidro Mas de Ayala (P. Carrette), tome II, p.	66

Hallucinations visuelles chez les ophtalmopathes, par M. A. Terson, tome II, p.	161
« Eros et Sexus », par M. Pfahler Gerhard (G. Fail), tome II, p.	162
La psycho-analyse et la pédagogie, par M. Schneider Ernst (G. Fail), tome II, p.	162
Le problème de deux générations dans la poésie allemande contemporaine, par M. Koch Hedwig (G. Fail), tome II, p.	162
L'âme de la jeune fille, par M ^e Croner Else (G. Fail), tome II, p.	162
Manuel élémentaire de psychiatrie, par le Dr M. Nathan (R. C.), tome II, p.	256
Les manifestations nerveuses de la polyglobulie. Erythrémie cryptogénétique. Maladie de Vaquez, par M. J. Lhermitte (Paul Courbon), tome II, p.	257
Le déséquilibre vagosympathique dans les syndromes sous-corticaux, par Mme Paulina-H. de Rabinovitch (P. Carrette), tome II, p.	259
Sur la narcolepsie et la picnolepsie, par le Dr Escardo (P. Carrette), tome II, p.	259
L'hyperostose frontale interne, syndrome de l'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux, par le Dr Ferdinand Morel (R. C.), tome II, p.	353
Le charlatanisme dans le Canton de Vaud, de 1834 à 1882, par le Dr André Guisan (R. C.), tome II, p.	353
Contribution à l'étude de la réaction de Fahraeus dans quelques psychoses, par le Dr J.-L. Rodriguez-Candela (P. Carrette), tome II, p.	354
Sentiments religieux et psychonévroses, par le Dr Felipe-M. Cia (P. Carrette), tome II, p.	354
L'épidémie de poliomyélite de Madrid en 1929, par le Dr Manuel Tapia (P. Carrette), tome II, p.	355
Emploi du spirochète hispano-marocain dans la pratique de la récurrentothérapie, par MM. Remlinger et Bailly (P. Carrette), tome II, p.	355
Le Développement mental et l'Intelligence, par M. Henri Piéron (René Charpentier), tome II, p.	434
Psychanalyse des rêves dans un syndrome de dépossession, par le Dr Fernando Gorriti (P. Carrette), tome II, p.	437
Révision de la doctrine des Localisations Cérébrales. Unités segmentaires des réflexes, par M. R. Brugia (R. C.), tome II, p.	438
L'épilepsie. Conceptions actuelles sur sa pathogénie et son traitement, par M. Ph. Pagniez (L. E.), tome II, p.	440
Etudes sur les maladies familiales nerveuses et dystrophiques, par M. O. Crouzon (R. C.), tome II, p.	441
Les phénomènes de répercussivité, Système sympathique, Système cérébro-spinal, Les Spasmes Vasculaires, Epilepsie, Asthme, par le Dr André Thomas (L. E.), tome II, p.	442
Délire d'indignité sans mélancolie, par MM. Vermeylen et Vervaeck (P. C.), tome II, p.	444

TABLE DES MATIÈRES

Syndrome cérébello-pyramidal et mental au cours de la varicelle, par MM. Vermeylen, van Bogaert et Vervaeck (P. C.), tome II, p.	444
Le sommeil et les narcolepsies, par le Dr Jean Lhermitte (P. C.), tome II, p.	444
Valeur sémiologique de la migraine ophtalmique, par le Prof. Terrien (P. C.), tome II, p.	445
Au Congrès d'Oto-Neuro-Oculistique de Marseille en 1929, par le Prof. Roger (P. C.), tome II, p.	445
Comment étudier la psychanalyse, par le Dr Angel Garma (P. C.), tome II, p.	445
Euthanasie par piété, par le Dr Fernando Gorriti (P. C.), tome II, p.	445

Réunions et Congrès

Assemblée générale de l'Association mutuelle des Médecins aliénistes, 24 juin 1929, tome I, p.	178
— du 26 mai 1930, tome II, p.	427
XV ^e Congrès de Médecine légale de langue française tome II, p.	67
X ^e Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, tome II, p.	146
Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXIV ^e session, Lille, 21-26 juillet 1930), tome II, p.	239
XI ^e Réunion neurologique internationale, tome II, p.	344

Sociétés Savantes

Société clinique de médecine mentale, tome I, p. 84, 182, 284, tome II, p. 70, 159, 343,	401
— 417	
Société de psychiatrie, tome II, p.	419
Société de neurologie, tome II, p.	422
Société de médecine légale de France, tome II, p.	425

Variétés

Décrets. Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours. Réunions et Congrès, etc.	
tome I, p. 93, 186, 187, 188, 286, 287, 288, 402, 403, 406, 476, 481, 482	
— 72, 163, 164, 165, 168, 260; 356, 446	
Prix de la Société médico-psychologique, tome I, p.	185
Un nouveau ministère, tome I, p.	402, 479
Le régime sec aux Etats-Unis, tome I, p.	480
Les aliénés étrangers en France, tome II, p.	264
L'assistance psychiatrique en Indo-Chine, tome II, p.	449

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS⁽¹⁾

1930

Abély, I, 28, 76, 198 ; II, 300.	Christophe, II, 422.
Alajouanine, II, 423, 424.	Cia, II, 354.
Anglade, II, 254, 255.	Ciampi, I, 460.
Arlid (Ramon Rey), II, 65.	Claude, I, 70 ; II, 239, 419, 424.
Armenise, I, 469.	Codet, I, 429.
Bailly, II, 355.	Combes, I, 460.
Ballarin, I, 284 ; II, 54.	Courbon, I, 59, 85, 98, 182, 193, 394 ; II, 58, 70, 73, 133, 169.
Baruk, II, 419, 420.	Courtois, I, 182, 183, 284, 401 ; II, 70, 153, 160, 316, 325, 333, 418.
Bastié, I, 84.	Crouzon, II, 422, 441.
Baudouin, II, 422.	Dalma, I, 459.
Bellavitis, I, 466.	Damaye, I, 25, 458.
Benvenuti, I, 471.	Davydoff, I, 37.
Bernardi, I, 470.	Delmas-Marsalet, II, 245.
Billet, II, 254.	Demay, I, 53, 67 ; II, 160.
Bogaert, II, 444.	Dereux, II, 422.
Bouquet, I, 94.	Desoille, II, 422.
Boven, I, 41.	Desruelles, II, 140, 444.
Breton, II, 254.	Devic, II, 157.
Briau, II, 341.	Dillard, I, 285.
Brugia, II, 438.	Divry, II, 153.
Buvat, I, 183.	Donaggio, II, 255.
Cabitto, I, 464.	Dublineau, I, 182, 321.
Cailleux, I, 85, 182.	Dupouy, I, 182, 284, 321 ; II, 54, 333, 390, 418.
Calmettes, II, 250.	Elosu, I, 451.
Campionnet, II, 254.	Else, II, 162.
Capgras, I, 74, 285 ; II, 202, 272, 343, 417, 418.	Ernst, II, 162.
Cardillo, I, 471.	Escardo, II, 259.
Caron, II, 70.	Ey, I, 184, 266.
Carrette, I, 284.	Fail, II, 70, 343, 417.
Ceillier, II, 425.	Folly, II, 235.
Ceni, I, 469.	
Charpentier, I, 289 ; II, 265, 361.	
Chatagnon, I, 183, 284.	
Chavigny, II, 37, 425.	
Chiarli (Agnès), II, 140, 444.	

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- | | |
|---|--|
| Fribourg-Blanc, I, 5, 452 ; II, 255. | Maire, II, 423. |
| Garma, II, 445. | Male, II, 498. |
| Gauthier, II, 255. | Mallet, II, 498. |
| Genef, II, 254. | Marchand L., I, 86, 284, 401 ; II, 5, 160, 316, 418. |
| Gerhard, II, 162. | Marchand M., II, 52. |
| Gorriti, II, 437, 445. | Mareschal, II, 325. |
| Gozzano, I, 460. | Marie A., I, 184. |
| Greco (Del), I, 466. | Martel (de), II, 422, 424. |
| Grimaldi, I, 462. | Marsazza, I, 465. |
| Guérin, I, 95. | Masquin, II, 71, 255, 417, 418. |
| Gullota, I, 468. | Massaut, II, 158, 421. |
| Guillaume, II, 422, 423, 424. | Médakovitch, I, 368 ; II, 71, 254, 417. |
| Guiraud, I, 242. | Meignant, II, 419. |
| Guisan, II, 353. | Merklen, II, 422. |
| Halberstadt, I, 417, 409. | Mira, II, 254. |
| Hedwig, II, 162. | Moine, II, 390. |
| Hermandez-Ramirez, II, 65. | Mollaret, I, 450 ; II, 423. |
| Hervy, II, 422. | Mondain, II, 433. |
| Heuyer, II, 90. | Moreau, II, 153. |
| Hortega (Del Rio), II, 347. | Morel, II, 353. |
| Ingebrans, II, 255. | Morsier (de), II, 385. |
| Isidro Mas de Ayala, II, 66. | Nardi, I, 462. |
| Joaki, II, 343, 417. | Nathan, I, 451 ; II, 256. |
| Kapsalas, II, 157, 255. | Nayrac, II, 254. |
| Kovarsky, I, 443. | Nicati, I, 282. |
| Krebs, II, 422. | Nigris (de), I, 467, 471. |
| Lacan, I, 284 ; II, 420. | Nyssen, II, 156. |
| Laignel-Lavastine, I, 449. | Oberling, II, 344. |
| Laugier, I, 401. | Ottonello, I, 463. |
| Lautier, I, 463. | Pactet, II, 160. |
| Lhermitte, II, 257, 344, 444. | Pagniez, II, 440. |
| Le Cannu (Mlle), I, 242. | Pascal (Mlle), I, 454. |
| Leroy R., I, 74, 368 ; II, 71, 217, 254, 417. | Pfersdorff, I, 453, 454. |
| Leroy A. (Liège), II, 158. | Picard J., I, 86. |
| Leroy-Lowman, II, 158. | Pichard, I, 182, 183 ; II, 70, 159, 419. |
| Lestchinsky, II, 254. | Piéron, I, 455 ; II, 434. |
| Lévi-Bianchini, I, 463. | Pottier, II, 217, 417. |
| Ley, II, 146, 254. | Pouffary, I, 285. |
| Loudet, I, 473, 474. | Prieur, II, 254. |
| | Privat de Fortunié, II, 254. |
| | Puca, I, 464, 466. |

- | | |
|--|--|
| Quyrrinen, II, 158. | Tapia, II, 355. |
| Rabinovitch (Mme de), II, 259. | Targowla, I, 84, 183, 248. |
| Rappoport (Mlle), II, 424. | Terrien, II, 445. |
| Remlinger, II, 355. | Terson, II, 161. |
| Renard, II, 158. | Thomas, II, 442. |
| Robert, I, 470. | Tinel, II, 159. |
| Robin, II, 421, 423. | Tolosa-Colomer, II, 156. |
| Rodiet, I, 5, 238. | Toulouse, I, 85 ; II, 70, 159, 316, 390. |
| Rodriguez-Candela, II, 354. | Trelles, I, 184, 284 ; II, 417. |
| Roger, II, 445. | Ugurgieri, I, 459, 467. |
| Rojas, I, 472. | Van Gehuchten, II, 157. |
| Roncati, I, 468. | Velter, II, 424. |
| Rondepierre, II, 232. | Vermeylen, II, 254, 444. |
| Roger, II, 349. | Vervaeck, II, 254, 444. |
| Roussy, II, 344. | Viale, I, 460. |
| Rubenovitch, I, 183 ; II, 159, 418. | Vialli, I, 460. |
| Rubbens, II, 158. | Vié, I, 154, 214 ; II, 206, 416. |
| Salamon (Mlle), I, 183. | Villard, I, 285. |
| Sano, II, 158. | Villey-Desmeserets, I, 183. |
| Schiff, I, 401 ; II, 159, 160, 419. | Vincent, II, 424. |
| Schroeder-Knud, II, 490. | Wahl, II, 254. |
| Serin (Mlle), II, 90. | Wallon, I, 456. |
| Simon Th., I, 385, 436 ; II, 418, 232. | Weinberg (Mlle), I, 85. |
| Sizaret, I, 53, 67, 84, 436. | |

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES¹⁾

1930

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Académie de Médecine, I, 186. | Catatonique, I, 463, 466 ; II, 419. |
| Académie des Sciences, I, 186. | Cécité verbale, II, 422. |
| Acide-base, I, 460. | Centenaire (Belgique), I, 406. |
| — (l'équilibre), I, 465. | Centre, I, 288. |
| Agraphie, II, 422. | Cénesthésique (délire), II, 198. |
| Alcoolisme, I, 85. | Céphalo-raehidien (liquide), I, 182, 183, 242, 324, 401, 459 ; II, 325. |
| — subaigu, I, 67. | Cérébello-pyramidal, II, 444. |
| Aliénation mentale (guerre), I, 5. | Cervelet, II, 424. |
| Aliénée méconnue, I, 394. | Charlatanisme, II, 353. |
| — délinquante, I, 474. | Chorée électrique, II, 422. |
| Aliénés (asiles d'), I, 74, 95. | Claude Bernard-Horner (syndrome de), II, 423. |
| Aliénés, I, 460, 467. | Clinique, I, 88. |
| — étrangers, II, 264. | — psychiatrique, I, 453. |
| Amaurotique (tabès), II, 159. | Colin (Henri), II, 169. |
| Ame, II, 162. | Collectif (délire), II, 70. |
| Angiome cérébral, II, 419. | Concours, I, 286, 402. |
| Anormaux, I, 289. | Condamnés, I, 473. |
| Anxiété, I, 473. | Confus, I, 468. |
| Anxieuse (psychose), I, 248. | Confusion, I, 467. |
| Aphasie paramnésique, I, 453. | — mentale, I, 182 ; II, 325. |
| — glossopsychique, I, 453. | Congrès, I, 187, 188, 287, 403 ; II, 67, 73, 146, 165, 239, 262, 264, 344, 360. |
| Aphasiques, I, 183. | Cours de Faculté, I, 186. |
| Asiles, I, 288 ; II, 261, 262. | Crépusculaires (états), II, 65. |
| Assemblée sociétés suisses, II, 358. | Criminalité, I, 474. |
| — générale, II, 313. | — mystique, II, 68. |
| Association amicale, II, 164. | Criminelle (juridiction), I, 289. |
| Attentat, II, 356. | Crises, I, 401. |
| Auditifs (troubles), I, 463. | Cyphoses, II, 206. |
| Automatisme mental, I, 182. | Débile, II, 232, 418. |
| — moteur, II, 159. | Débiles, II, 70. |
| Azotémie, I, 84. | Défense, I, 394. |
| Bilirubinémie, I, 467. | — (réactions mystificatrices), II, 58. |
| Biologie, I, 458. | |
| Blépharospasme, II, 422. | |
| Cantharide, II, 425. | |
| Caractère, II, 90. | |

(1) Les chiffres en égyptiennes se rapportent aux chroniques, articles originaux, communications à la Société Médico-Psychologique.

- Défense sociale, I, 289.
 Délire, I, 284 ; II, 272, 343.
 — cénesthésique, II, 198.
 — collectif, II, 70.
 — de négation, II, 71.
 — systématisé, II, 247.
 Délires interprétatifs, I, 163.
 — secondaires, I, 163.
 Délires, II, 425.
 Démence encéphalitique, II, 52.
 — mélancolique présénile, I, 409.
 — paralytique, I, 436.
 — paranoïde, I, 266.
 — précoce, I, 28, 84, 285, 462 ; II, 5, 90, 235.
 Démentiel (syndrome), II, 333.
 Démentiel présénile (syndrome), I, 242.
 Déments précoces, I, 468 ; II, 206.
 Dépossession (syndrome de), II, 437.
 Diabétique, I, 183.
 Diphtérie, I, 53.
 Distinctions honorifiques, II, 260.
 Dupuytren (maladie de), II, 423.
 Dystrophiques, II, 441.
- Ecole, I, 476.
 Emotivité, I, 429.
 Empoisonnement, II, 425.
 Encéphalite, I, 285 ; II, 5, 418, 422.
 — épidémique chronique, I, 466.
 — psychosique rhumatismale, II, 70.
 — typhique, II, 160.
 Encéphalites post-puerpérales, II, 346.
 Encéphalitique (post-), II, 65, 344.
 — (psychose), I, 284.
 — (syndrome), I, 248.
 Encéphalopathie, II, 159.
 Enfant, II, 425.
 Enzymoréaction, I, 460.
- Epilepsie, I, 460, 466, 468 ; II, 144, 418, 440.
 — jacksonienne, II, 419.
 Epileptique, I, 401.
 Epileptiques, I, 459, 465.
 — alcooliques, I, 182.
 Erotomaniaque, II, 343.
 Erythrémie cryptogénétique, II, 257.
 Espagne, I, 97, 193.
 Euodal, II, 421.
 Eunuchoïde (syndrome), II, 232.
 Euthanasie, II, 445.
 Expertise, I, 289.
- Facultés, II, 261.
 Fahraeus (réaction de), II, 354.
 Familiales nerveuses (maladies), II, 441.
 Fatigabilité, I, 401.
 Femme, I, 368.
 Foetus, I, 37.
 Friedreich (maladie de), I, 450.
 Fusion des Sociétés (projet de), II, 415, 265, 314.
- Gardénal, II, 421.
 Générations, II, 162.
 Géno-cuti-réaction, I, 467.
 Glandes germinatives, I, 469, 471.
 Globules rouges, I, 471.
 Gomme, II, 71.
 Griffe cubitale, II, 423.
 Grossesse, I, 37 ; II, 65.
 Guerre, I, 238, 285.
 — (Aliénation mentale), I, 5.
- Hallucinations, II, 365.
 Hallucinations visuelles, II, 161.
 Hallucinatoire, I, 284.
 Hallucinose, I, 183.
 Hémi-parésie droite, I, 183.
 Hémorragie méningée, I, 183.
 Hépatiques, I, 468.
 Hérédité, II, 433.
 Hérédo-ataxie cérébelleuse, II, 423.

- Héroïnomanie, II, 419.
 Hérédo-syphilis, I, 184.
 Histophysiologie, I, 460.
 Homicide (impulsion), I, 84.
 Homosexualité féminine, II, 37.
 Humorales, I, 471.
 Hyperostose frontale, II, 353.
 Hyperpyrexie, I, 470.
 Hyperthymie, I, 182.
 Hypothénique (délire d'interprétation), II, 272.
 Hypothalamique, II, 422.
- Ictère, II, 419.
 Idées fixes, I, 462.
 Identification, I, 214.
 Illusion des sosies, I, 214.
 Impulsions post-oniriques, I, 67.
 Incontinence mentale sénile, II, 58.
 Indice, I, 401.
 Indignité (délire d'), II, 444.
 Insuline, I, 470.
 Intelligence, II, 434.
 Internat, I, 286.
 Internement prophylactique, I, 59.
 Internes, I, 287.
 Interprétatifs (délires), I, 163.
 Interprétation (délire d'), II, 272.
 Intraveineuses (injections), II, 140.
 Involution (mélancolie d'), II, 198, 300.
 Involutive (psychose), I, 284.
- Jaloux, I, 284.
- Korsakoff (syndrome de), II, 343.
- Laboratoire, I, 88.
 Langage, I, 454.
 Langue, II, 420.
 Lecteurs (à nos), II, 361.
 Légale (situation), I, 472.
 Légion d'Honneur, I, 95, 403 ; II, 163.
 Localisations cérébrales, II, 438.
- Maladies intercurrentes, I, 25.
 — mentales, I, 466, 467, 470 ; II, 140.
 Malaria, I, 183, 452 ; II, 417.
 Malaria-thérapie (centres de), I, 67, 70, 76, 471 ; II, 71.
 Maniaque, I, 85.
 Manie, I, 163.
 Manuel, II, 256.
 Méconneue (aliénée), I, 394.
 Mélancolie, I, 401 ; II, 198, 300.
 Mémoire, I, 85.
 Méningé (syndrome), I, 182.
 Méningiome, II, 422.
 Méningite séreuse, II, 424.
 Méningo-encéphalite scléreuse, II, 160.
 Ménopausique, I, 284.
 Mentalité dégénérative, I, 466.
 Météorologiques (phénomènes), I, 466.
 Migraine, II, 419.
 — ophtalmique, II, 445.
 Milieu social, I, 59.
 Ministère de l'Hygiène, I, 187.
 — de la Santé Publique, I, 402, 479.
 Miroir (signe du), I, 28.
 Morphinomanie, II, 419.
 Morphogrammes, I, 154.
 Mort subite médico-légale, II, 68.
 Mystificateuses, II, 58.
 Mystique (criminalité), II, 68.
- Narcissisme, I, 463.
 Narcolepsie, II, 259, 444.
 Nécrologie, I, 186, 403, 427, 481, 482 ; II, 72, 163, 202, 260, 356.
 Négation (délire de), II, 71.
 Névraxe, I, 469.
 Niveau mental, I, 385.
 Nominations, I, 402 ; II, 72, 163, 260.
- Obsessions, I, 238.
 Onirisme, II, 421.
 Orthopédie psychique, I, 143.
 Ostéomyélite, II, 68.

- Pancréatique (mélancolie), II, 198, 300.
 Paralysie générale, I, 74, 183, 184, 324, 368, 452 ; II, 190, 343, 417, 418.
 Paralytique général, I, 183 ; II, 71, 417.
 — (syndrome), II, 160, 333.
 Paralytiques généraux, I, 385 ; II, 448.
 — malarisés, I, 471, 472.
 Paranoïaque, I, 474.
 Paranoïde, I, 183.
 Paranoïdes (psychoses), I, 266.
 Paraphrénie, I, 266.
 Parkinsonien, I, 84 ; II, 65, 341, 420.
 Parégorisme, II, 54.
 Parinaud, II, 422.
 Pédagogie, II, 162.
 Persécution, I, 284 ; II, 217.
 Perversions, I, 53.
 P. G., I, 469.
 Photo - sérochromatique (réaction), I, 464.
 Picnolepsie, II, 259.
 Pithiatique, I, 285.
 Pithiatiques (manifestations), II, 70.
 Pleurer, II, 418.
 Plexus choroïdes, I, 460.
 Poésie, II, 162.
 Poliomyélite, II, 355.
 Polyglobulie, II, 257.
 Possédés, I, 44.
 Possession démoniaque, II, 247.
 Post-opératoires, II, 424.
 Précipitation (réaction de Hinton), I, 459.
 Prison préventive, II, 425.
 Procès-verbal, II, 442.
 Profil psychologique, I, 443.
 Prophylaxie mentale, I, 288.
 Pseudo-bulbaire (syndrome), II, 160.
 Psychanalyse, II, 437, 445.
 Psychencéphalite, I, 84.
 Psycho-analyse, II, 162.
 Psychologie appliquée, I, 456.
 Psychologique (l'année), I, 455.
 Psychonévroses, II, 354.
 Psychopathie, II, 390.
 Psychose, II, 70.
 — anxiuse, I, 248.
 — hallucinatoire encéphalitique, I, 284.
 — involutive, I, 284.
 — maniaco-dépressive, I, 447.
 Psychoses, I, 28, 59, 464 ; II, 354.
 — évitables, I, 451.
 — toxi-infectieuses chroniques, I, 25.
 — paranoïdes, I, 266.
 Psychosique (encéphalite), II, 70.
 Puérilisme mental, I, 462.
 Puerpérale (confusion mentale), II, 325.
 Puerpérales (encéphalites), II, 316.
 Pyrétotherapie, I, 469 ; II, 66.
 Réactions biologiques, I, 471.
 Recklinghausen (maladie de), I, 86.
 Recurrentothérapie, II, 355.
 Réflexes, II, 438.
 Régime sec, I, 480.
 Religieux (sentiments), II, 354.
 Répercussivité, II, 442.
 Réserve alcaline, I, 464, 465.
 Réunion neurologique intern., II, 344.
 Rhumatismale (encéphalite), II, 70.
 Rire, II, 418.
 Rousseau J.-J. (maladie de), I, 451.
 Sarcomatose, I, 86.
 Saturnine, II, 159.
 Schizoïdes, I, 454.
 Schizophrénie, I, 462, 463 ; II, 433.
 Sclérose latérale, II, 422.
 Sédimentation, I, 471.
 Sénile, II, 417.
 Septicémique (évolution d'abcès), II, 344.

- | | |
|--|--|
| Septum lucidum, II, 160.
Sérum hypertonique, II, 444.
Simulation, I, 285.
Sociaux (problèmes), I, 458.
Société médico-psychologique :
— Assemblée générale, déc.
1929, I, 58.
— Séances : janv. 1930, I, 149 ;
fév., I, 242 ; mars, I, 365 ;
avril, I, 426 ; mai, II, 42 ;
juin, II, 111 ; juillet, II, 198 ;
oct., II, 202 ; nov., II, 312 ;
déc., II, 405.
— Bureau, I, 149.
— Prix, I, 154, 185 ; II, 44.
— Membres titulaires : I, 366,
427 ; II, 406.
— Membres honoraires, II, 406.
— Membres correspondants, II,
408, 409, 416.
— Membres associés étrangers,
II, 118.
— Rapport Commission des
finances, I, 153.
— Vœux, I, 177.
Société clinique de médecine
mentale, I, 84, 182, 284, 401 ;
II, 70, 159, 343.
Sociétés (fusion des), II, 445, 265,
344.
Sommeil, II, 420, 444.
Sorciers, I, 44.
Sosies (illusion des), I, 214.
Spasme de la pensée, II, 421.
Spasmes vasculaires, II, 442.
Spirites, II, 247.
Statistique, II, 390.
Subvention, II, 357.
Sulfosine, II, 490.
Suicide, I, 67, 394.
Supposition (délire), II, 272. | Sursimulation, I, 474.
Sympathologie, I, 449.
Syndicats, I, 287.
Syphilis, I, 183.
Syphilitiques, II, 490.
Système nerveux, I, 470.

Tabès, I, 284, 452 ; II, 159.
Tabétique, I, 183.
Tension alvéolaire, I, 464.
Test, I, 85.
Thélème, I, 282.
Thérapeutique, I, 468.
Thérapeutiques (propriétés), I,
469, 471.
Toxicomaniaques, II, 419.
Toxi-infectieuses (psychoses), I,
25.
Toxi-infectieux (états), II, 440.
Traitement, I, 452, 470 ; II, 70,
118, 490.
Trauma psychique, I, 37.
Traumatique, II, 333, 418, 422.
Traumatisme, II, 68.
Trinitrine, II, 421.
Trismus, II, 420.
Troubles mentaux, II, 159, 417.
— vaso-moteurs, II, 424.
Tumeur, II, 160.
— de la moelle, II, 424.
— de la fosse postérieure, II,
424.
Tumeurs cérébrales, II, 420.
Typhique, II, 419.

Vagosympathique (déséquilibre),
II, 259.
Varicelle, II, 444.
Visuelles (hallucinations), II,
161. |
|--|--|

Le Rédacteur en chef Gérant : R. CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie CONSEILANT (personnel intéressé). — 41.392

