Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 02. - Paris: Masson, 1935.
Cote : 90152, 1935, n° 02

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1935x02

90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1935

TOME DEUXIÈME

©BIUM

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAFGRAS, H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

©BIUM

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XV^e^ SÉRIE — 93^e^ ANNÉE — 1935
TOME DEUXIÈME

90152

MASSON & C^ie^, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISSANT 10 FOIS PAR AN

©BIUM

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 93e ANNÉE - TOME II

JUIN-DÉCEMBRE 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique, par M. C. PFERSDORFF	1
Les aliénés en liberté, par M. R. DUPOUY	12
Psychologie et psychopathologie de l'automobilisme, par M. A. REPOND.	34
Certains agents étiologiques des syndromes de démence précoce, par M. A. COURTOIS	51
De l'anxiété, par M. W. BOVEN	153
Consanguinité et troubles mentaux, par MM. M. DESRUELLES et P. GARDIEN	168
La vieillesse de quelques déments précoces, par MM. J. VIÉ et P. QUÉRON	190
Considérations sur un cas de syndrome infundibulo-tubérien avec mélancolie. Peut-on parler d'une mélancolie d'origine diencéphalique ? par M. M. CAHANE et Mme T. CAHANE	208
Réalisation et interprétation, par M. P. JANET	329
Les fonctions visuelles de l'aveugle-né opéré, par MM. G. WEILL et C. PFERSDORFF	367
Doctrine des lobes frontaux d'après trente années de recherches personnelles, par M. W.-K. CHOROSCHKO	383
La castration de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs, par M. Ch. WOLF	402
La pathologie dans l'histoire (Psychologie et maladies d'Alphonse-Louis du Plessis de Richelieu), par M. J. ROGUES de FURSAC	537
Sur un mécanisme des visions mystiques (L'hallucination métesthésique), par M. P. QUERCY	546

©BIUM

Pages

Les sentiments d'infériorité, par M. R. de SAUSSURE..... 556
Sur les limites et les particularités symptomatologiques des formes légères de la schizophrénie, par Mme E. KAMÉNÉVA 565
L'obsession chez Rainer Maria Rilke, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Ch. BERLIOZ (1) 729
Les troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes craniens et leur interprétation psychopathologique, par M. A. GORDON..... 745
Syndrome hypophysaire et épilepsie postclimatérique, par MM. G.-I. ODOBESCO et H. VASILESCO 760
Traitements arsenicaux et syphilis nerveuse, par M. A. DONNADIEU..... 768

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 juin 1935

Correspondance..... 72
Date de la séance du mois d'octobre..... 73
Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie ? par MM. CAPGRAS, ROUART et Mlle DEROMBIES..... 73
Délire de persécution de forme hallucinatoire chez une aveugle ayant débuté par un délire à deux de forme interprétative type Régis, par MM. CARON et D. LAGACHE..... 80

Séance du lundi 24 juin 1935

Adoption du procès-verbal..... 86
Correspondance..... 86
Election d'un membre associé étranger..... 87
Election de 7 membres correspondants nationaux..... 87
Election à 1 place de membre titulaire 88
Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code pénal, par M. Xavier ABÉLY 88
A propos d'un cas d'exhibitionnisme pur du type Lasègue : les exhibitionnismes par carence sexuelle, par M. J. PICARD 92
L'index tyrosine des polypeptides sériques dans l'aliénation mentale, par MM. Th. SIMON, J.-Ch. ROUX et R. GOIFFON..... 101

(1) *Erratum* (numéro de décembre 1935) : Dans l'exergue du Mémoire original de MM. M. LAIGNEL-LAVASTINE et Ch. BERLIOZ, sur *L'Obsession chez Rainer Maria Rilke*, à la quatrième ligne, lire : l' « Enterrement », et non l'Enlèvement.

©BIUM

Pages

Le liquide céphalo-rachidien témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques, par MM. A. COURTOIS et André P.-L. BELEY **109**
L'autodidactisme en pathologie mentale, par M. E. MARTIMOR **112**

Séance du jeudi 11 juillet 1935

Adoption du procès-verbal 217
Correspondance 217
Psychasthénique avec état de mal obsessionnel, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et DELAITRE **218**
Escarre sacrée, séquelle de barbiturisme, par MM. P. COURBON et M. LECONTE **222**
Dépression mélancolique périodique et troubles fonctionnels des membres supérieurs, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT. **225**
Syndrome de démence précoce. Réactions syphilitiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT **230**
Dysphasie pithiatique d'un type spécial chez une fille de quatorze ans, par M. H. CLAUDE, Mlle G. DREYFUSS-SÉE, MM. LAGACHE et ROUART **234**
A propos d'une contracture oculo-palpébrale et d'une paralysie brachiale hystériques. — La phase prodromique neuro-végétative des accidents pithiatiques. — Considérations diagnostiques et thérapeutiques, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU et A. CARLE... **241**
Crise de catalepsie et crise d'énervement hystériques. — Diagnostic différentiel avec les crises symptomatiques. — Rôle du fléchissement des fonctions psychomotrices dans la pathogénie de ces crises, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU et A. CARLE **252**
Un cas de tremblement hystérique. — Rôles respectifs de la suggestion et des troubles végétatifs. — Traitement par le scopochloralose, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU et A. CARLE **259**
Un cas de névrose dysphagique. Analyse psychologique et physiologique. Action thérapeutique du scopochloralose, par MM. H. BARUK et R. CORNU **271**
Tumeur frontale opérée depuis plus d'un an (présentation de la malade), par MM. A. COURTOIS, P. PUECH et A.-P.-L. BELEY **278**

Séance du lundi 28 octobre 1935

Décès de S. M. la Reine ASTRID de Belgique 438
Décès de M. Ad. COURTOIS 438
Adoption du procès-verbal 439
Correspondance 439
Election de trois membres correspondants nationaux 439
Election d'un membre associé étranger 440
Troubles psycho-sexuels chez l'homme et substance « féminine » de l'urine, par MM. E. TOULOUSE, P. SCHIFF et H. SIMONNET **440**
Le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés, par M. M. DESRUELLES, Mmes A. MASSON-CHIARLY et M.-P. GARDIEN-JOURD'HEUIL et M. P. GARDIEN **446**

©BIUM

Séance du jeudi 14 novembre 1935

Pages

Nomination dans l'ordre de la Légion d'honneur 597

Maladie de Pick au début et remarques sur les itérations verbales et graphiques, par M. P. GUIRAUD et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX **597**

Essai de traitement de l'épilepsie par les injections intra-rachidiennes d'air, par MM. H. CLAUDE et P. SIVADON..... **605**

Syndrome basedowien. Délire systématisé de persécution remontant à 5 ans. Rectification complète du délire à la suite de pyrétothérapie à l'huile soufrée, par MM. H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH **610**

Séance du lundi 25 novembre 1935

Adoption du procès-verbal..... 617

Correspondance 617

Election d'un membre titulaire honoraire..... 618

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire..... 618

Démission du Secrétaire général..... 618

Election d'un membre correspondant national 618

Election de deux membres associés étrangers..... 618

Nomination d'une Commission 619

Délire hallucinatoire chronique déterminé par une fulguration atmosphérique, par M. J. PICARD..... **619**

Acétylcholine et épilepsie, par MM. J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX..... **626**

Efficacité préventive et curative de l'acétylcholine sur certaines manifestations épileptiques (crises subintrantes, impulsions et troubles du caractère), par MM. J. PICARD, H. EY et G. MARQUET..... **629**

Quelle valeur attribuer, au point de vue syphilis, aux réactions biologiques liminaires en psychiatrie ? par M. J. DUBLINEAU **637**

Recherches sur l'hémolyse. Dans quelle mesure permet-elle le dépistage des psychopathies syphilitiques frustes ? par M. J. DUBLINEAU... **644**

Améliorations survenant chez certains arriérés entre 16 et 25 ans, par M. J. VIÉ..... **649**

Séance du jeudi 12 décembre 1935

Correspondance..... 774

Maladie de Wilson et troubles mentaux, par MM. P. ABÉLY et P. GUYOT. **775**

Les syndromes sensitifs chez les paralytiques malarisés, par MM. P. GUIRAUD et Ch.-H. NODET..... **779**

Un cas de délire à quatre, par M. J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT..... **787**

Deux cas de syndrome de Parkinson encéphalitique datant de 14 ans. — Disparition des cellules du locus niger, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS..... **791**

Syndrome aphaso-agnoso-apraxique (Sur les troubles de la notion du moi et de la notion spatiale dans une démence présénile), par Mlle BADONNEL, MM. J. AJURIAGUERRA et M. LECONTE..... **798**

Un cas de paralysie générale infantile parvenue au stade juvénile, par MM. H. PICHARD, Yv. ANDRÉ et M. LECONTE **805**

©BIUM

Séance du lundi 23 décembre 1935

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

	Pages
Adoption du procès-verbal	809
Correspondance	809
Election d'un membre titulaire honoraire	809
Election de 6 membres correspondants nationaux	810
Rapport de la Commission des Finances	810
Rapport du Secrétaire général	811
Election du Bureau pour l'année 1936	813
Bureau de la Société Médico-Psychologique	815
Conseil d'Administration	815
Commission des Finances	815
Annales Médico-Psychologiques	815
Prix de la Société Médico-Psychologique	816

SÉANCE ORDINAIRE

Un cas d'hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique, par MM. TRILLOT et DUCOUDRAY **816**

Avances érotiques de conciliation, moyens de défense d'une paranoïaque schizoïde, par MM. P. COURBON et FEUILLET **820**

Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans, par M. G. BLECHMANN ... **826**

Présentation de feuilles d'observation d'aliénation mentale, par M. Th. SIMON et Mlle P. PETIT **831**

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

(XXXIXe session, Bruxelles, 22-28 juillet 1935)

DISCOURS INAUGURAL : **Sur la Bonté**, par M. René CHARPENTIER, *président* ... **292**

RAPPORTS

1. *Psychiatrie.* — **L'hystérie et les fonctions psycho-motrices. Etude psycho-physiologique**, par M. H. BARUK **292**

2. *Neurologie.* — **L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Etude neurologique**, par M. L. VAN BOGAERT **298**

3. *Médecine légale.* — **Délinquance et criminalité de l'enfance.**

1er rapport par M. G. HEUYER **301**

2e rapport par M. Paul VERVAECK **302**

©BIUM

COMMUNICATIONS

Psychiatrie

Pages

L'hystérie ancienne faisait-elle du simili-diencéphalique et du simili-strié ? par MM. J. FROMENT, G. CHANIAL et MIR SEPASSY 304
Les troubles pithiatiques et les maladies organiques ; considérations à propos d'un cas, par M. A. SUBIRANA 304
A propos de la question des crises d'allure hystérique dans l'encéphalite épidémique, par M. J. SEBEK 304
Deux cas de pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes, par M. G. de MORSIER 304
Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire, par M. Aug. LEY 305
Mesmer et la suggestion, par M. LÉVY-VALENSI 305
Thérapeutique organique de l'hystérie, par M. J. BOSCHI 305
Encéphalite psychosique, suivie d'un syndrome de démence précoce. Pyrétothérapie. Apparition d'un érythème noueux. Rémission actuelle, par M. H. CHRISTY 305
La paralysie générale n'est peut-être pas due qu'à la syphilis, par M. Mazhar OSMAN 306
Le temps de réaction chez les paralytiques généraux, par MM. G. VERMEYLEN et G. AUDET 306
Des hallucinations dans l'hypertension cranienne, par MM. RISER et DUCOUDRAY 306
Troubles mentaux et tumeur du 3e ventricule, par MM. J. HEERNU et MANIL 306
L'idée délirante d'anthropopathie interne, par M. J. VIÉ 306
Dynamie fonctionnelle hébéphrénique, par Mlle PASCAL et M. J. VIÉ... 307
Les lésions cérébrales dans la démence précoce, par MM. d'HOLLANDER et Ch. ROUVROY 307
Intoxication oxycarbonée, par M. G. van LOOY 307

Neurologie

Comment et où rechercher les symptômes objectifs caractéristiques des divers syndromes striés, par M. J. FROMENT..... 307
Répercussivité émotive et spasmes hypertoniques des syndromes striés. Leurs modalités, par MM. J. FROMENT, G. CHANIAL et Mlle A. FEYEUX.. 307
Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie, par M. G. BOURGUIGNON 308
Agueusie traumatique et auto-suggestion, par MM. R. NYSSEN et J. HELSMOORTEL 308
L'astasie-abasie trépidante, par M. A. ROUQUIER 308
A propos des lésions du cerveau sénile, par M. P. DIVRY 308
Recherches anatomo-expérimentales sur la région du Lemnicus latéral et ses commissures, par M. M. GEREBTZOFF 308
Recherches anatomo-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales, par M. A. de HAENE 309
La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs de l'encéphalite léthargique, par MM. BORREMANS et L. van BOGAERT ... 309
Le type infantile de la sclérose diffuse, par M. L. van BOGAERT 309

©BIUM

Pages

Le type tardif de la leucodystrophie familiale, par MM. L. van Bogaert et R. Nyssen 309
Une association anatomo-clinique exceptionnelle : encéphalite épidémique et sclérose en plaques, par MM. R. de Wulf et L. van Bogaert. 310
Maladies de Parkinson. Parkinsonisme et les notions de « tremblement de repos » et « tremblement d'action », par MM. R. Nyssen, R. Dellaert et R. Busschaert 310
Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie infantile, par MM. H. Roger, J. Alliez et A. Jouve 310
La symptomatologie des calcifications des cartilages intervertébraux (spondylo-chondritis ossificans), par M. L. Puusepp 311
L'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal dans les états pathologiques, par MM. J. Duelineau et L. Tarboureich..... 311
L'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau humain, par M. Ihsan Chükrü-Aksel 311

Médecine légale, Assistance et Thérapeutique

L'examen des « Enfants du Juge », à la Clinique médico-pédagogique du Brabant, par M. M. Alexander..... 311
L'autorité dans la vie de l'enfant, par M. Groeneveld 311
La psychologie du travail. Considérations psycho-pathologiques et psycho-thérapeutiques en rapport avec la mentalité de l'enfant, par M. A. Groeneveld 311
L'assistance psychiatrique aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne. Son organisation, son fonctionnement. Ses résultats (1932-1935), par M. Ducoudray 312
Etat actuel de la colonisation familiale en France, par MM. Pasturel et J. Vié 312
L'expertise mentale comparée à trois degrés, par MM. d'Heucqueville et Kah 312
Le Dinitrophénol dans les états dépressifs, par MM. J. Heernu et Vermersch 312
L'insulinothérapie dans la démence précoce, par M. C. Andersen 312
La vagotonine dans les états anxieux, par M. P. Gardien et Mme P. Gardien-Jourd'heuil 313
Effets remarquables de la prostigmine « Roche » dans le traitement de la myasthénie, par M. G. de Morsier 313

III[e] Réunion européenne d'Hygiène mentale

(Bruxelles, 20-21 juillet 1935)

1. — L'assistance hétéro-familiale des malades mentaux :

1[er] rapport. — M. G. Corberi 456
2[e] rapport. — M. J. Vié 457
3[e] rapport. — M. F. Sano 457

©BIUM

Pages

2. — Punition et contrainte dans la famille et à l'école :
1er rapport. — M. H. MENG 458
2e rapport. — M. H. CRICHTON-MILLER 458

3. — L'hygiène mentale et la Presse :
1er rapport. — M. O. FOREL 459
2e rapport. — M. van der SPEK 460

XXe Congrès de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française

(Bruxelles, 17-20 juillet 1935)

Les anormaux et le droit pénal, par M. Léon CORNIL 461

RAPPORTS

Les névroses traumatiques, par M. COSTEDOAT 461
Les psychoses post-traumatiques, par M. Ern. de CRAENE 462
Dans quelle mesure peut-on associer la médecine légale et la médecine sociale, par M. René SAND 464

COMMUNICATIONS

Suicide masqué, par M. LATTES 465
Quels sont les anormaux qui relèvent des sentences de défense sociale, par M. Louis VERVAECK 465
Le délire de revendication sinistrosique, par MM. T. VASILIU et J. STANESCO 465
Le crime passionnel chez les traumatisés du crâne, par MM. MINOVICI et J. STANESCO 465
Un cas de paralysie générale traumatique, par MM. Marcel HÉGER et P. VERVAECK 466
Ethéromanie et simulation, par M. Paul VERVAECK 466

IIe Congrès neurologique international

(Londres, 29 juillet-2 août 1935)

RAPPORTS

Les épilepsies. — Etiologie générale de l'épilepsie commune, par M. J. ABADIE 472
Etiologie spéciale de l'épilepsie, par M. V. BUSCAINO 472
Physio-pathologie de l'épilepsie, par M. W.-J. LENNOX 473
Mécanisme physico-chimique de la réactivité convulsive (mesure de la perméabilité), par M. E. SPIEGEL et Mme SPIEGEL-ADOLF 473
Métabolisme et épilepsie, par M. F. FRISCH 473
Le rôle du système nerveux végétatif dans la pathogénèse de l'épilepsie, par M. K. ORZECHOWSKI 474
Anatomie pathologique de l'épilepsie, par M. M. MINKOWSKI 474
Le traitement médicamenteux des états épileptiques, par M. A. ULRICH. 474
Les épilepsies : thérapeutique chirurgicale, par M. PENFIELD 474

©BIUM

Pages

Radiothérapie de l'épilepsie, par M. M. Sgalitzer 474
Traitement hospitalier et traitement général, par M. L.-J.-J. Muskens.. 474
Le liquide céphalo-rachidien. — De quelques caractères anatomiques et physiologiques des méninges et du liquide céphalo-rachidien, par M. L.-H. Weed 476
Anatomie et physiologie de la circulation du liquide céphalo-rachidien, par M. C. Schaltenbrand 477
Physiopathologie de la pression intracranienne, de la production et de la résorption du liquide céphalo-rachidien, par M. M.-M. Riser .. 477
Directives thérapeutiques dans les troubles de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien, par M. H. Cairns 477
Le problème physico-chimique de l'excrétion et de la réabsorption du liquide céphalo-rachidien, par M. F. Georgi 477
Les fonctions du lobe frontal. — Etude critique de l'ataxie frontale, par M. J.-A. Barré 479
Lobe frontal et équilibre, par M. P. Delmas-Marsalet 479
Les relations entre les lobes frontaux et les fonctions psychiques, par M. K. Goldstein 479
Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal ; données anatomo-pathologiques, par M. A. Donaggio 480
Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien, par M. Clovis Vincent 480
L'hypothalamus et la représentation centrale du système nerveux autonome. — Le développement phylogénique des centres hypothalamiques autonomes (poissons, amphibies, reptiles, oiseaux comparés aux mammifères inférieurs), par M. C.-U. Ariens Kappers 481
Le développement ontogénique et les conditions normales chez l'homme, par M. W.-E. Le Gros Clark 482
L'hypothalamus et les centres du système nerveux autonome, par M. W.-R. Hess 482
Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus, par M. J. Lhermitte 482
Les effets physiologiques produits par la suppression de l'influence autonome centrale, due à l'interruption des voies sympathiques, dans le traitement de diverses maladies, par M. A.-W. Adson 482

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 2 mai 1935 119
Séance du 6 juin 1935 123
Séance du 4 juillet 1935 283
Séance du 7 novembre 1935 659
Séance du 5 décembre 1935 837

©BIUM

Société française de Psychologie

Pages

Séance du jeudi 21 novembre 1935 666
Séance du jeudi 12 décembre 1935 842

Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

Réunion extraordinaire du 23 septembre 1935, tenue à l'occasion du Xe anniversaire de la Société 467
Séance du 23 novembre 1935 844

Société belge de Neurologie et Société de Médecine mentale de Belgique

Séance commune du 25 mai 1935 consacrée à l'étude de la maladie de Pick 131
Séance commune tenue le 22 juin 1935 à l'Institut Decroly à Uccle 287

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 26 octobre 1935 667
Séance du 30 novembre 1935 843

Société belge de Neurologie

Séance du 26 octobre 1935 668

VARIÉTÉS

Académie de Médecine : Prix décernés en 1935 887
Asiles publics d'aliénés : Nécrologie 149, 531, 727, 886
— — Nominations 149, 531, 727
— — Postes vacants 150, 531, 727, 887
— — Bourse de voyage de l'Association amicale des Internes et anciens Internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine, 150, 326, 531
— — Légion d'honneur 325, 531, 887
— — Concours de l'Internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine 326, 532
— — Distinctions honorifiques 531
— — Réforme du règlement des Etablissements publics d'aliénés 532

©BIUM

Pages

— — Inspection des Services de Psychiatrie de l'Algérie 533
— — Hommage à la mémoire de Legrand du Saulle 533
Ecole d'Application du Service de Santé militaire : Chaire de Neuro-Psychiatrie et de Médecine légale 534
Hygiène et Prophylaxie : L'application en Allemagne de la loi sur la stérilisation. Une enquête du « Times »..... 728
— — Réorganisation de la Ligue internationale contre l'Epilepsie 887
Institut de France : Académie des Sciences morales et politiques 152
Nécrologie : Adolphe Courtois (1903-1935) 535
Prix Cesare-Lombroso .....
Réunions et Congrès : XLe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française 327
— — 2e Congrès international d'Hygiène mentale (Paris, 27-31 juillet 1936) 328, 727
— — Réunion commune de la Société suisse de Neurologie et de la Société suisse de Psychiatrie 533
— — VIIe Réunion annuelle de l'Association espagnole de Neuro-Psychiatrie 533
— — Assemblée annuelle de la Ligue espagnole d'Hygiène mentale 524, 727
— — 1er Congrès de la Fédération internationale des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelles, etc... 534
Société Médico-Psychologique : Séances 149, 325, 530, 726, 886
— — Nécrologie 149
— — Prix de la Société 530, 726
— — Légion d'honneur 886
Université de Bruxelles : Nomination 152

©BIUM

©BIUM

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

Acétylcholine (l') dans le traitement de l'ictus hémiplégique (François SCICLOUNOFF), 324.
— et épilepsie (J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX), **626.**
— (Jean PICARD, Henri EY et G. MARQUET), **629.**
— dans le traitement des accidents de la ponction lombaire (A. LEMAIRE et E. BIOY), 721.
Acroparesthésie et quinidine (Smith-Ely JELLIFFE), 723.
Adiposité (syndrome d') du tronc et de la tête d'origine hypophysaire (Henri ROGER, Joseph ALLIEZ et André JOUVE), 128.
Agueusie traumatique et auto-suggestion (R. NYSSEN et J. HELSMOORTEL), 308.
Alcool (importance du dosage de l') dans le sang (G. IUNGMICHEL), 717.
Alcoolisme (les désordres provoqués par l') (Ignacio-Garcia TELLEZ), 884.
Algie rebelle (DIVRY et EVRARD), 143.
Algies (le traitement radiothérapique des) (J. HAGUENAU, L. GALLY et D. LICHTENBERG), 322.
Aliénés (les) en liberté (Roger DUPOUY), **12.**
— (l'abandon des logements d') (E. RAIGA), 319.
— (le quartier des) du dépôt de mendicité de Soissons au XVIII[e] siècle (P. SÉRIEUX), 677.
Alimentation et processus sexuels (Mme L. RANDOIN et H. SIMONNET), 524.
Allergies et Anaphylaxies (Emilio PIZZARO CRESPO), 676.
Alopécie (l') habituelle de l'homme adulte, défaut de l'équilibre hypophyso-génital (Enrique CANTILO), 880.
Alzheimer (maladie d') avec atrophie frontale prédominante (P. DIVRY, J. LEY et J. TITECA), 133.
Amélioration des races animales (méthodes générales d') (Ch. VÉZIN), 526.
Amyotrophie spinale syphilitique (J.-A. CHAVANY et J. LEMANT), 661.
— d'un type spécial remontant à la naissance ; doubles pied-bot et main-bote associés (André-THOMAS et G. HUC), 839.
Amytal sodique (effet de l') sur le métabolisme (William DAMESHEK, Abraham MYERSON et Julius LOMAN, avec Caroline STEPHENSON), 723.
Analgésie hystérique (l') chez les malades d'asile (QUERCY et HÉDOUIN), 857.
Anémie pernicieuse (psychoses associées à l') (D.-N. PARFITT), 691.
Anencéphalie (W.-J.-C. WERHAART), 703.
Anévrysme circoïde de la main avec ostéoporose (Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et Th. HORNET), 122.
Angine de poitrine et sympathicotonie (ROMEUF), 856.
Anorexie des aliénés (le chlorure de sodium hypertonique intraveineux dans l') (M. DESRUELLES, Mme A. MASSON-CHIARLI, Mme M.-P. GARDIEN-JOURD'HEUIL et P. GARDIEN), **446.**
— dite mentale et hypophyse (COSSA et BOUGEAUT), 664.
Anormaux (les) et le Droit pénal (Léon CORNIL), 461.
— relevant des sentences de défense sociale (Louis VERVAECK), 465.
Anthropologie (l') criminelle en prison (Louis VERVAECK), 146.
Anthropopathie interne (l'idée délirante d') (J. VIÉ), 306.

(1) Les chiffres en caractères **gras** se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

©BIUM

Anxiété (W. Boven), **153.**
Anxieux (la composante neuro-végétative des états) (Guiseppe Pellacani), 852.
Aphasie motrice traumatique chez un enfant en bas âge (André-Thomas et Sorel), 126.
— post-opératoire (P. van Gehuchten), 670 ; (Theodore-H. Weisenburg), 694.
— sensorielle (les fonctions artistiques perturbées dans l') (G. Engerth et H. Urban), 694.
— motrice polyglotte (Erwin Stengel et Josef Zelmanowicz), 871.
— (l') de conduction (Er. Stengel), 871.
Aphaso-agnoso-apraxique (Syndrome) (Mlle Badonnel, J. Ajuriaguerra et M. Leconte), **798.**
Appréhension (l') des figures géométriques (P. Guillaume), 666.
Apraxie (l') dans les lésions du corps calleux (Aaron Bell), 873.
Aqueduc de Sylvius (syndrome de l') (C. Trétiakoff), 707.
Arachnoïdite et syringomyélie (Th. Alajouanine, Th. Hornet et R. Thurel), 285.
Aréflexie tendineuse congénitale (G. Bickel), 141.
Armée belge (les affections nerveuses et mentales à l') (A. Bodart), 140.
— (la pratique psychiatrique dans l') (Fribourg-Blanc et Gauthier), 671.
Arriérés (améliorations survenant chez certains) entre 16 et 25 ans (J. Vié), **649.**
Asiles d'aliénés. Situation du personnel infirmier (Georges Daumezon), 514.
Asphyxies (les modifications sanguines dans les) (Bosch et Bruno), 717.
Assistance (l') psychiatrique aux enfants déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne (Ducoudray), 312.
— (l') hétéro-familiale des malades mentaux (Guiseppe Corberi), 456 ; (J. Vié), 457 ; (F. Sano), 457.
— (l') aux enfants anormaux dans le Doubs (M. Desruelles), 884.
Astasie-abasie trépidante (A. Rouquier), 308.
Astéréognosies (les) (J.-P.-L. Delay), 675.
Astrocytome intravermien (R. Bueno), 712.
Ataxie frontale (J.-A. Barré), 479.
Atropine (le traitement par l') du syndrome parkinsonien post-encéphalitique (Felix-M. Adams et Powell-L. Hays), 724.
— (l') à hautes doses dans le traitement du parkinsonisme (H. Baonville, J. Ley et J. Titeca), 843.
Attentats sexuels (le rôle d') sur les enfants de moins de 14 ans (Augusta Rasmussen), 849.
Autodidactisme (l') en pathologie mentale (E. Martimor), **112.**
Automobilisme (psychologie de l') (André Répond), **34.**
Autorité (l') dans la vie de l'enfant (Groeneveld), 311.
Autotonographe (Arthur Kronfeld, Adolf Muller et Rolf C. Reiner), 713.
Aveugle-né opéré (les fonctions visuelles de l') (G. Weill et C. Pfersdorff), **367.**
Aveugles (psychologie et pédagogie des) (Villey), 314.
Avitaminoses (problèmes psychiatriques des) (H.-P. Stubbe Teglbjoerg), 144.
Azotémies (les) d'origine nerveuse (A. Courtois), 718.

B

Babinski (signe de) (faux) par hyperactivité réflexe chez un vestibulaire (J.-A. Barré et C. d'Andrade), 120.
Barbituriques (les accidents cutanés consécutifs à l'emploi des) (Roger Moline), 144.
— (modifications hématologiques dans l'intoxication par les) (Rogelio E. Carratala), 718.
— (arthralgies et myalgies) (P. Castin et P. Gardien), 866.
Barbiturisme (escarre sacrée, séquelle de) (Paul Courbon et M. Leconte), **222.**
— (accident peu connu du) (Edouard Fabre), 866.
— (le) aigu, toxicose neuro-végétative (J.-A. Chavany), 866.
Bégaiement (le) chez les écoliers (Mme A.-M. Smirnova), 320.
—. Clinique et thérapeutique (Marcel Renet), 852.
Benjoin colloïdal. Extension à droite de la précipitation (J. Dublineau et L. Tarbouriech), 311.
Biotypologie et classification scolaire (H. Laugier, E. Toulouse et Weinberg), 318.
Bonté (Sur la) (René Charpentier), **292.**
Bulbocapnine. Effets dans les lésions nerveuses (W. R. Ingram et S. W. Ranson), 715.

©BIUM

C

Calotte pédonculaire (syndrome de la) et tabes fruste (URECHIA), 122.
Caractère (le). Sa dynamique d'intégration (Dimitrie TODORANU), 315.
Caractères inhibés chez les mâles (Ch. CHAMPY), 525.
Cardiovasculaire (aspects dynamiques de la symptomatologie) (Theodore-P. WOLPE), 878.
Cartilages intervertébraux (signes des calcifications des) (L. PUUSEPP), 311.
Castration (la) de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs (Ch. WOLF), **402**.
Cécité (la) psychique (NIESSL v. MAYENDORF), 872.
Cénesthopathies (pathogénie des) (H. BARUK), 840.
Centres végétatifs bulbaires (LARUELLE), 129.
Céphalo-Rachidien (Liquide) dans les maladies cérébrales conditionnant certains délires (A. COURTOIS et André-P.-L. BELEY), **109**.
———. Bordet-Wassermann positif en dehors de la syphilis et dans les tumeurs cérébrales (J. DESNEUX), 468.
———. Anatomie et physiologie de sa circulation (C. SCHALTENBRAND), 477.
———. Production et résorption (M.-M. RISER), 477.
———. Sécrétion et résorption (H. CAIRNS), 477.
———. Excrétion et réabsorption (F. GEORGI), 477.
———. Modification d'origine syphilitique sans symptômes neuro-psychiques (NÈVE), 667.
———. La substance réductrice en cas de ponction fractionnée (Zander IZIKOWITZ), 715.
———. Cytologie dans les tumeurs cérébrales (H. ROGER et Em. PEKELIS), 716.
Cérébrales (complications) des suppurations putrides pleuro-pulmonaires (Ira COHEN), 877.
Certificat d'Etudes. Valeur sélective et comparaison avec une épreuve de tests (H. PIÉRON, Mme H. PIÉRON et H. LAUGIER), 880.
Cerveau (pseudo-angiomes calcifiés du) (MONIZ et LIMA), 122.
— humain. Influence des rayons de Röntgen (Ihsan CHÜKRÜ-AKSEL), 311.
— (traumas du). Histopathologie des accidents précoces (N. W. WINKELMAN et John L. ECKEL), 317.
— (modifications histologiques du) dans les cas mortels de traumatisme de la tête (Carl-W. RAND et Cyril B. COURVILLE), 317.
Cervelet (sécrétion interne du) (Tomasso SENISE), 523.
— (tumeurs du) (Th. de MARTEL et GUILLAUME), 662.
Chômeurs, malades mentaux et sujets britanniques. Considérations sur l'avenir (Nathan ISRAELI), 883.
Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie infantile (H. ROGER, J. ALLIEZ et A. JOUVE), 310.
— de Sydenham (la vaccinothérapie de la) (R. LAUTIER), 527.
Chronaxie (la) dans le syndrome catatonique (P.-E. MASPES et F. VISINTINI), 714.
Chryso-pyrétothérapie des psychoses (H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et KERBRIDIN), 717.
Circulation brachio-carotidienne (durée de la) chez les anormaux et dans la schizophrénie (H. FREEMAN), 714.
Clinique médico-pédagogique du Brabant. L'examen des « Enfants du Juge » (M. ALEXANDER), 311.
Clonus du pied (étude physiologique des) (A. ROUQUIER et R. GRANDPIERRE), 123.
Code Pénal (les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du) (Xavier ABÉLY), **88**.
—— (les anormaux devant la refonte du) (Paul SCHIFF), 849.
—— (le projet de) roumain (JONESCO-DOLJ), 850.
Colonisation (la) familiale en France (PASTUREL et J. VIÉ), 312.
Colonne cervicale (les subluxations de la) (B. POMMÉ et R. PÉCHOUX), 710.
Consanguinité et troubles mentaux (Maurice DESRUELLES et Pierre GARDIEN), **168**.
Conscience onirique (la) au point de vue de la psychophysiopathologie des psychoses (A.-L. EPSTEIN), 682.
Constitution (la) en psychopathologie (Gregory ZILLOORG), 679.
Constitutions (les) en Pathologie mentale (Edmur de AGUIAR WHITAKER), 678.
Convulsions (les) infantiles (P. HARTENBERG), 857.
Corps genouillé externe. Etat des cellules ressemblant à celui de l'idiotie amaurotique (Albert T. STEEGMANN), 711.
Corps jaune (formation du) après injections d'hormones dites antéhypophysaires (René MORICARD), 521.
Cortex cérébral (l'oscillogramme du) (F. BREMER), 845.
Couche optique (les localisations de la) (K. BONHOEFFER), 705.
Crime (les aspects médicaux du) (W. NORWOOD EAST), 147.

©BIUM

— (le) passionnel chez les traumatisés du crâne (Minovici et J. Stanesco), 465.
Criminalité. Prédisposition héréditaire (Friedrich Stumpfl), 146.
Criminel (le) à la lumière de la psychanalyse (G. Bychowski), 700.
Criminels (les) immoraux (de Greeff), 843.
— (l'écriture des) (Clarence Quinan), 848.
Criminologie (Problèmes essentiels de) (Olof Kinberg), 518.
— (la) juvénile et la déficience mentale infantile (Jacques Roubinovitch), 529.

D

Débilité congénitale ; séméiologie des réactions de blocage (P.-R. Bize), 662.
Dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée (René Nyssen et L. van Bogaert), 703.
— hépato-lenticulaire ; pathogénie (Einar Sjövall et Arvid Wallgren), 705.
Délinquance et criminalité de l'enfance (G. Heuyer), **301** ; (Paul Vervaeck), **302**.
— juvénile (300 cas de) (Th. Simon), 846.
Délinquant par tendance ou encéphalitique « au sens large » (Oreste Bonazzi), 148.
— (le) sexuel (Claud Mullins), 528.
Délinquants anormaux (pronostic de la récidive des) (M. Alexander), 146.
Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie (Capgras, Rouart et Mlle Derombies), **73**.
— de persécution hallucinatoire avec début par un délire à deux (Th. Simon et J. Rouart), **80**.
— de revendication sinistrosique (T. Vasiliu et J. Stanesco), 465.
— hallucinatoire chronique déterminé par une fulguration atmosphérique (Jean Picard), **619**.
— (le) de rêverie (G. Heuyer et Jacques Borel), 682.
— à quatre (J. Fortineau et Mlle P. Petit), **787**.
Delirium tremens (les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du) (Ferdinand Morel), 683.
Démence (la) (Raymond Mallet), 496.
Démence précoce (agents étiologiques des syndromes de) (A. Courtois), **51**.
— — (syndrome de). Réactions syphilitiques humorales (L. Marchand, J. Fortineau et Mlle Petit), **230**.
— — (les lésions cérébrales dans la) (d'Hollander et Ch. Rouvroy), 307.
Déments précoces (la vieillesse de quelques) (J. Vié et P. Quéron), **190**.
Dépression (la) mélancolique d'Ovide (Eugène Gelma), 685.
Dépressions (la psychogénèse des) réactives (E. Jung), 686.
Déséquilibre mental et sciences occultes (Philippe Encausse), 503.
Dessins des malades mentaux (couleur et mouvement dans les) (H.-O. Pfister), 681.
Diabète insipide consécutif à une entorse tibio-tarsienne (J. Lhermitte, Métenier et Gauthier), 284.
— insipide avec syndrome de Froelich (W. Baranowski), 707.
Diéthylmalonylurée (la) (A. Leroy), 843.
Diiodotyrosine (la) dans la maladie de Basedow (Guy Laroche et Boris Klotz), 321.
Dinitrophénol (le) dans les états dépressifs (J. Heernu et Vermersch), 312.
Docimologie (H. Piéron), 316.
Douleur angineuse et traitement chirurgical (Elliott-C. Cutler et Samuel-A. Levine), 322.
Dynamie fonctionnelle hébéphrénique (Mlle Pascal et J. Vié), 307.
Dysharmonie vestibulaire (le signe de la) (J.-A. Barré), 120.
Dysostose céphalique (Clifford Allen), 678.
Dysphasie pithiatique spéciale chez une fille de 14 ans (H. Claude, Mlle G. Dreyfuss-Sée, Lagache et Rouart), **234**.

E

Embolie gazeuse après insufflation pleurale, ramollissement cérébral étendu (P. Ameuille, J. Lhermitte et Kudelski), 123.
Emotion (influence de l') sur les crises épileptiques (Frank Fremont-Smith), 142.
Encéphalite psychosique suivie d'un syndrome de démence précoce (H. Christy), 305.
— (l') dans l'endocardite lente (Anton Melcher), 876.
— zostérienne (Arnold Netter), 877.
Encéphalite épidémique (les crises d'allure hystérique dans l') (J. Sebek), 304.
— — et sclérose en plaques ; association anatomo-clinique exceptionnelle (R. de Wulf et L. van Bogaert), 310.

©BIUM

—— (histopathologie du système nerveux central dans l') (Arthur Weil), 316.
—— (l'agnosie dans l') (Mme E.-L. Kaganowskaia), 873.
—— (les modifications respiratoires au cours de l') (H. Schmid), 873.
Encéphalite léthargique. La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs (Borremans et L. van Bogaert), 309.
—— grave après un zona ; guérison rapide par le salicylate intraveineux (Gilbert Lévy et Albert Piéra), 874.
Encéphalites de l'enfance (M. Coffin), 142.
— psychosiques (A. Rouquier), 305 ; (L. Marchand et A. Courtois), 497.
— post-tumorales (J. Dereux), 468.
— (les) humaines épidémiques (C. Levaditi, Mlle R. Schoen et Jean Levaditi), 876.
Encéphalitiques soumis à la cure atropinique ; troubles du tonus et de la motilité digestive (H. Siegmund), 874.
Encéphalopathie traumatique des pugilistes professionnels (Harry-L. Parker), 869.
Endocrinienne (thérapeutique) dans les grands syndromes mentaux chez la femme (André-P.-L. Beley), 722.
Enfance anormale (l'). Rôle du médecin (Jean Vanier), 319.
Enfant post-encéphalitique (développement de l') (M.-S. Pevzner), 697.
Enveloppements humides et bains prolongés (Josef-A. Kindwall et George-W. Henry), 722.
Epidurite staphylococcique (compression médullaire par) (R. Garcin, Petit-Dutaillis et I. Bertrand), 284.
Epilepsie syphilitique (L. Babonneix et D. Lichtenberg), 124.
— avec hypercalcémie (Cossa), 127.
—. Influence de la tuberculose sur le seuil convulsif (I.-J. Karlsberg), 143.
— et larmes de sang (Béhague), 283.
— (traitement de l') (P.-R. Pagniez), 319.
— (traitement de l') par les dérivés borés (C. Maïer), 320.
— (les barbiturates dans l') (Richard Handley), 320.
— commune (étiologie générale de l') (J. Abadie), 472.
— (étiologie spéciale de l') (V. Buscaino), 472.
— (physio-pathologie de l') (W.-J. Lennox), 473.
— et métabolisme (F. Frisch), 473.
—. Rôle du système nerveux végétatif (K. Orzechowski), 474.
—. Anatomie pathologique (M. Minkowski), 474.
—. Traitement médicamenteux (A. Ulrich), 474.
—. Thérapeutique chirurgicale (Penfield), 474.
—. Radiothérapie (M. Sgalitzer), 474.
—. Traitement hospitalier et traitement général (L.-J.-J. Muskens), 474.
— et capacité civile (Juan Ramón Beltrán), 529.
—. Traitement par les injections intra-rachidiennes d'air (H. Claude et P. Sivadon), 605.
— (le calcium dans l') (Gwenvron-M. Griffiths), 719.
—. Diagnostic par l'épreuve de Förster (Salvadore di Mauro), 720.
— postclimatérique et syndrome hypophysaire (Gregoire I. Odobesco et H. Vasilesco), 760.
— (l') infantile (R.-J. Foundiler et Mme E.-J. Smirnova), 858.
—. Mécanismes régulateurs de la crise (M. Prados y Such et S. Obrador Alcade), 859 ; (N.-I. Propper et L.-G. Fidelholz), 859.
— automatique (A.-J. Mc Lean), 859.
— (le tremblement de l') (E. Vergara), 860.
— (facteurs psychogénétiques dans quelques formes d') (Jules-H. Masserman), 861.
— expérimentale par parasites cutanés (Ph. Pagniez, A. Plichet et R. Laplane), 861.
— anaphylactique (Jonathan Forman), 861.
— (l') réflexe (Macdonald Critchley), 861.
— avec aura gustative (Henry Marcus), 862.
— (la pathogénie de l') (Ph. Pagniez et P. Salles), 862.
— (le rôle du système neuro-végétatif dans l') (Ph. Pagniez), 862.
— extra-pyramidale ou sous-corticale (Waldemiro Pires), 863.
— et constitution (Angelo Vanelli), 863.
— et encéphalite épidémique (E. Zara), 873.
Epileptique (le calcium et le fer dans l'écorce cérébrale d'un) (Osorio Cesar), 719.
— (manifestation rare de nature) (Pietro Serra), 863.
Epileptiques (la glutathionémie chez les) (Arturo Vitello), 719.
— (les équivalents) chez les enfants (F. Naville et H. Brantmay), 858.
— (manifestations) inconnues ou particulièrement rares (L. Sterling), 860.
Epinéphrome (métastase cranienne, solitaire et à évolution rapide d'un) (J. de Busscher), 469.

©BIUM

Epiphyse et glandes génitales (Jean CALVET), 524.
Epreuve rotatoire (les réactions après l') (BARRÉ, KABAKER et CHARBONNEL), 123.
Erotomaniaques (syndromes) (J. LÉVY-VALENSI), 684.
Ethéromanie et simulation (Paul VERVAECK), 466.
Exhibitionnisme pur du type Lasègue (Jean PICARD), 92.
Expertise (l') mentale comparée à trois degrés (G. d'HEUCQUEVILLE et KAH), 312.
— (l') psychiatrique (G. HEUYER), 529.
Extrapyramidaux (syndromes) réversibles (R. BING), 706.
— (troubles) au cours de la trypanosomiase africaine (L. van BOGAERT), 706.

F

Feuilles d'observation d'aliénation mentale (Th. SIMON et Mlle P. PETIT), 831.
Feutrage arachnoïdien spinal dans certaines maladies à virus neurotrope (Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. ANDRÉ), 837.
Fièvre ondulante (la), maladie professionnelle (O. LOUDET), 851.
Frigidités (les deux) de la femme (Marie BONAPARTE), 527.

G

Gee (maladie de) (T. IZOD BENNETT), 878.
Génie (la question du). Données psychologiques (M. SCHACHTER), 880.
Geste du lancer (valeur psychiatrique de la différence sexuelle dans le) (P. SCHIFF et Mlle Anne du TILLET), 699.
Glandes génitales et centres nerveux végétatifs (VIOLET), 523.
Glandes sexuelles (transplantation des) (Raoul-M. MAY), 524.
Glioblastome calcifié ventriculaire développé sur un cerveau atteint d'istioatypie corticale (J. LHERMITTE, HEUYER et Mlle Claire VOGT), 286.
Gliomes multiples (H.-J. SCHERER), 467.
Glycocolle (le) dans la myopathie et la myasthénie (C.-I. URECHIA et Mme Alex RETEZEANU), 723.
Goitres (l'iode dans les) (Paul SAINTON), 321.
Goût (la localisation du centre du) (Henry MARCUS); 141.

H

Haines familiales (Conrado-O. FERRER et Maximo-A. CUBAS), 680.
Hallucination (l') continue, forme auditive verbale (QUERCY et HÉDOUIN), 683.
Hallucinations dans l'hypertension cranienne (RISER et DUCOUDRAY), 306.
— (les) verbales et la parole (Daniel LAGACHE), 498.
— (les) volontaires (QUERCY), 683.
Hallucinatoires (manifestations) et substratum organique (Henri CLAUDE), 683.
Hémangiome pariétal (Cl. VINCENT), 127.
Hématomes sous-arachnoïdiens et anévrysmes cérébraux (Egas MONIZ), 709.
Hémiathétose post-diphtérique (L. van BOGAERT et J. de BUSSCHER), 707.
Hémihypertrophie cranio-faciale progressive avec hémisyndrome parkinsonien homolatéral (L. van BOGAERT), 844.
Hémiplégie spasmodique avec atrophie musculaire tardive (Raymond GARCIN, M. DEPARIS et HAGJI DIMO), 125.
Hémiplégique (crises douloureuses de type sympathique chez un) (BARRÉ), 838.
Hémolyse (l') pour le dépistage des psychopathies syphilitiques frustes (J. DUBLINEAU), 644.
Hémophilie (les paralysies dans l') (H. GÜNTHER), 708.
Hémorragie intra-ventriculaire guérie par traitement chirurgical (P. PUECH, Mlle RAPPOPORT et M. BRUN), 127.
Hérédité endocrinienne (SAINTON), 520.
— des maladies mentales et nerveuses (O. CROUZON), 525.
— des caractères acquis (A. GIROUD), 712 ; (E. LETARD), 712.
Histoire (la pathologie dans l'). Un frère de Richelieu (J. ROGUES de FURSAC), 537.
Homosexualité (facteurs constitutionnels dans l') (George-W. HENRY et Hugh-M. GALBRAITH), 679.
Hommes (les) de 15 à 25 ans (Trygve BRAATOY), 513.
Hôpital psychiatrique et Asiles d'aliénés. Construction et aménagement (Julien RAYNIER et Jean LAUZIER), 135.
Hôpitaux généraux (l'installation de services neuro-psychiatriques dans les) (HOFFMANN), 885.
Hydrocéphalie interne. Mort en état de mal épileptique (BARBÉ et BRIZARD), 659.

©BIUM

— par lésion des plexus choroïdes (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean LEREBOULLET), 660.
Hygiène mentale (l') et la Presse (O. FOREL), 459 ; (van der SPEK), 460.
—— (adaptation d'un hôpital aux besoins de l') (H. ROEMER), 883.
Hypercalcémie, rhumatismes chroniques et parathyroïdes (J. SIMARRO), 522.
Hyperidrose limitée à la face avec astasie pithiatique (Miroslav KRIVY), 857.
Hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique (TRILLOT et DUCOUDRAY), 816.
Hyperparathyroïdie et syndromes angiospastiques (P. BASTAI et G.-C. DOGLIOTTI), 882.
Hyperparathyroïdisme et formation de certains calculs urinaires (Richard CHUTE), 522.
Hyperthyroïdiens (étude psychiatrique des) (Agnès CONRAD), 520.
Hyperthyroïdies. Diagnostic par un test électrique (P. SAINTON et LAMY), 520.
Hyperthyroïdisme. Diagnostic par le signe de l'hypophyse de Claude, Baudouin et Porak (Mario YAHN, E. de AGUIAR-WHITAKER et C. PEREIRA da SILVA), 521.
Hypertrophie musculaire d'origine centrale extrapyramidale (V. PITHA), 126.
Hypoglosse (Physiologie du nerf grand) (B. POMMÉ et J. DUGUET), 700.
Hypophyse humaine (les îlots paramalpighiens de l') (ROUSSY et MOSINGER), 122.
— (adénomes de l') (P. PUECH et L. STUHL), 711.
— (les tumeurs de l') (Pierre PUECH), 881.
— et de la région (radiologie des tumeurs de l') (P. PUECH et L. STUHL), 881.
— et thyroïde (R. RIVOIRE), 882.
Hypothalamus. Développement phylogénique des centres autonomes (C.-U. ARIENS KAPPERS), 481.
—. Développement ontogénique (W.-E. LE GROS CLARK), 482.
— et centres nerveux autonomes (W.-R. HESS), 482.
—. Syndromes anatomo-cliniques (J. LHERMITTE), 482.
—. Influence autonome centrale. Effet de sa suppression dans certaines maladies (A.-W. ADSON), 482.
— (sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l') (P. DIVRY), 522.
— (lésions séniles au niveau de l') (P. DIVRY), 667.
Hystérie (l') et les fonctions psychomotrices (H. BARUK), 292.
— (l') et les fonctions diencéphaliques (Ludo van BOGAERT), 298.
— (l') ancienne faisait-elle du simili-diencéphalique ou du simili-strié (J. FROMENT, G. CHANIAL et MIR SÉPASSY), 304.
— (thérapeutique organique de l') (J. BOSCHI), 305.
—. Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires (G. BOURGUIGNON), 308.
— (l') et l'évolution humaine (Maurice DIDE), 500.
Hystérique (tremblement). Traitement par le scopochloralose (H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, R. CORNU et A. CARLE), 259.
— (syndrome chronique atypique chez un sujet) (Generoso COLUCCI), 857.
Hystériques (contracture oculo-palpébrale et paralysie brachiale (H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, R. CORNU et A. CARLE), 241.
— (crise de catalepsie et crise d'énervement) (H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, R. CORNU et A. CARLE), 252.
Hystéro - épilepsie (C. WORSTER - DROUGHT), 143.
—— utilitaire et dédoublement de la personnalité (Auguste LEY), 305.

I

Impuissance (l') sexuelle chez l'homme (M. PALOZZOLI), 517.
Infériorité (les sentiments d') (R. de SAUSSURE), 556.
Infundibulo-tubérien (syndrome) d'origine traumatique (J. LHERMITTE et ALBESSAR), 121.
—— (syndrome) avec mélancolie (M. CAHANE et T. CAHANE), 208.
Institut (l') d'enseignement spécial (Mme J. JADOT-DECROLY), 287 ; présentation de malades, 289.
Instinct sexuel (organisation « phallique » de l') (R. MARKUSZEWICZ), 699.
Insulinothérapie (l') dans la démence précoce (C. ANDERSEN), 312.
Intelligence (les débuts de l') (Pierre JANET), 490.
— pratique chez l'enfant (André REY), 494.
Intoxication oxycarbonée (G. van LOOY), 307.
— (l') cocaïnique (Oreste BONAZZI), 865.
— (l') par les barbituriques (D. OLMER et M. AUDIER), 865, 866.
Intuition délirante mystique (Fernando GORRITI), 684.

©BIUM

Iodure de Sodium (l'infiltration plexulaire de solution stabilisée d') (G. DARCOURT), 725.

J

Jardin d'Enfants (les origines intellectuelles du) (Mme A. OLLIVAUD), 495.

K

Korsakoff (syndrome de) d'origine gravidique (J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT), 119.
— (psychose de) au cours d'une tuberculose lymphoganglionnaire (L. BETHOREN), 665.

L

Labyrinthe et Cortex (E.-A. SPIEGEL), 853.
Langage (les catégories du) aphasique et la dissociation schizophrénique (C. PFERSDORFF), 1.
—, Aphasie et Réflexes conditionnels (G. MARINESCO et A. KREINDLER), 693.
Lécithine (le traitement par la) de quelques syndromes de sclérose multiple (Max H. WEINBERG), 724.
Législation pénale argentine et demi-aliénés (Juan RAMÓN BELTRÁN), 850.
Lemnicus latéral et commissures (GEREBTZOFF), 308.
Lésions céphaliques. Aspects neuro-psychiatriques (Israël STRAUSS et Nathan SAVITSKY), 693.
Leucodystrophie familiale (le type tardif de la) (L. van BOGAERT et R. NYSSEN), 309.
Lipodystrophie chez les adultes (Samuel-J. COHEN et Benjamin-M. EIS), 521.
Lobe frontal et équilibre (P. DELMAS-MARSALET), 479.
—— (fonctions neuro-chirurgicales du) (Cl. VINCENT), 480.
—— (abcès mycosique du) (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean LEREBOULLET), 660.
—— (lésions du) avec manifestations cérébelleuses (Alfred GORDON), 703.
—— (syndrome du) (Anibal SILVEIRA), 868.
Lobes frontaux (doctrine des) (W.-K. CHOROSCHKO), 383.
—— et fonctions psychiques (K. GOLDSTEIN), 479.
—— et système moteur extrapyramidal (A. DONAGGIO), 480.
Localisation cérébrale. Théories modernes (A. STRAUSS), 853.
Loi Briggs (la) dans le Massachusetts (Winfred OVERHOLSER), 528.

M

Maladies vénériennes (aspects médico-légaux des) (L.-F. BECCLE), 148.
Malariathérapie (la) des affections neuro-psychiques (P.-F. MALKIN), 516.
Manganèse (empoisonnement chronique par le) (Myrtelle M. CANAVAN, Stanley COBB et Cecil K. DRINKER), 867.
— (le syndrome parkinsonien au cours de l'intoxication chronique par le) (V. SOURATE), 875.
Maniaque-dépressive (la psychanalyse de la psychose) (Clarence-A. NEYMANN), 699.
Manie (la) de Bell (S.-H. KRAINES), 691.
Médecine légale et médecine sociale (René SAND), 464.
— (Nouveau Traité de). Système nerveux (G.-H. ROGER, F. WIDAL et P.-J. TEISSIER), 510.
Mélancolie d'involution (A.-A. WERNER, G.-A. JOHNS, E.-F. HOCTOR, C.-C. AULT, L.-H. KOHLER et M.-W. WEIS), 687.
Mélancolique (dépression) périodique et troubles fonctionnels des membres supérieurs (L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT), 225.
Mémoire (le problème fonctionnel de la) (John ELMGREN), 842.
Méninges et liquide céphalo-rachidien. Anatomo-physiologie (L.-H. WEED), 476.
— (sarcomatose réticulaire des) (BORREMANS et R. LEY), 844.
Méningiomatose diffuse cérébro-spinale à évolution rapide (L. van BOGAERT et P. MARTIN), 470.
Méningiome olfactif extirpé en un seul temps (M. DAVID, G. RENARD et P. FONT-REAULX), 129.
— olfactif enlevé en deux temps (M. DAVID, D. MAHOUDEAU et C. ELIADES), 130.
Méningite lymphocytaire aiguë (Joseph-L. ABRAMSON), 709.
Méningites partielles (I. DAVID-GALATZ et René DAVID), 709.
Méningo-encéphalite tuberculeuse basilaire (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 471.
—— saturnine (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 867.

©BIUM

Ménopause et pseudo-ménopause (Jean DALSACE), 525.
Mescaline (auto-observation d'intoxication par la) (A.-B. ALEXANDROWSKIJ), 682.
Mésencéphale (les tumeurs du) (F. GIAMULI), 704.
Mesmer et la suggestion (LÉVY-VALENSI), 305.
Mesure (le concept de) dans les sciences physiques et psychologiques (Juan ZARAGÜETA), 316.
Métabolisme basal (le) dans les psychoses (A. ZECKEL et D.-D. POSTHUMUS), 714.
Meurtriers d'enfants (mécanismes psychiatriques chez les) (Lauretta BENDER), 848.
Migraine, épilepsie et quelques autres désordres neuro-psychiatriques (Harry-A. PASKIND), 863.
— (pathogénie de la) (PASTEUR VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER), 864.
Migraineuse (la crise) est-elle d'origine sympathique ? (PASTEUR VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER), 864.
Migraineux (le) (Grace-A. TOURAINE et George DRAPER), 864.
Mise en observation psychiatrique (la) suspend-elle les effets du mandat d'arrêt ? (P. VERMEYLEN), 145.
Morphine (influence de la) sur les mécanismes glycorégulateurs (L. VALENCIANO et L. ORTEGA), 718.
Moteurs Diesel (troubles cutanés et nerveux chez les conducteurs de) (M. LAIGNEL-LAVASTINE et Amour-F. LIBER), 868.
Mouvements oculaires (photographie des) (Frank H. COUGH et James C. FOX), 855.
— involontaires (le mécanisme des) (D. DANIELOPOLU et A. RADOVICI), 855.
Motilité (les types de) (Justo GONZALO), 855.
Myéloencéphalite subaiguë avec lésions olivaires cavitaires (LESNÉ, LHERMITTE, C. LAUNAY et LOISEL), 124.
Myélopathie associée à l'encéphalopathie alcoolique (Mme Lauretta BENDER), 145.
Myoclonies rythmiques continues (DELMAS-MARSALET et L. van BOGAERT), 664.
Myoneurale (la zone de jonction) (B. POMMÉ et R. NOEL), 700.
Myopathie pseudo - hypertrophique (ALEXANDER), 290.
Myopathies (les effets de la radiothérapie spinale sur les) (LHERMITTE, BEAUJARD et Aug. NEMOURS), 840.
Myosclérose (arriération grave avec) (Carlo BERLUCCHI), 879.

N

Nanisme myxœdémateux et ateleiose (J. LHERMITTE, MOUZON, NEMOURS et ISIDOR), 840.
Narcolepsie et tremblement avec rigidité musculaire. Histopathologie (Marcel MONNIER), 286.
— et Machinisme (Max LEVIN), 526.
— (éphédrine dans la) (Gertrude JOHNSON), 723.
— et cataplexie postencéphalitique (J.-C. MUSSIO FOURNIER et Rufino-A. LARROSA HELGUERA), 875.
Narcolepsies (les) (J. NOTKIN et Smith Ely JELLIFFE), 875.
Narcose (la) prolongée dans les troubles mentaux (Rolf STÖM-OLSEN et Muriel L. M. MC COWAN), 724.
Neuro-épithéliome intercostal chez le cheval (Ivan BERTRAND, L. BLANCHARD et R. VÉDEL), 665.
Neuro-fibromatose chez le bœuf (Ivan BERTRAND, L. BLANCHARD et R. VEDEL), 665.
Neuropsychiatrie (l'organique et le fonctionnel en) (Jacques VIÉ), 139.
— (un nouveau service de) infantile à l'Asile de Vaucluse (Maurice BRISSOT), 885.
Névraxe. Système réticulaire et rapports avec les centres végétatifs supérieurs (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 129.
— (traitement des affections du) par l'autohémo et les méningites aseptiques provoquées (BOSCHI), 841.
Névrites postsérothérapiques (R.-A. CHERSONSKY), 710.
Névrose dysphagique. Action du scopochloralose (H. BARUK et R. CORNU), 271.
Névroses (les nœuds du problème des) (V.-A. GUILIAROWSKY), 139.
— traumatiques et capacité de travail (L. MEDYNSKI), 148.
— traumatiques (COSTEDOAT), 461.
— associées aux troubles gastro-intestinaux (George-E. DANIELS), 878.
Nœvus variqueux ostéohypertrophique (Th. ALAJOUANINE et R. THUREL), 121.
Nosologie (la) psychiatrique sur des bases nouvelles (Edgar PINTO CESAR), 678.
Noyau rouge (le) (W. R. INGRAM, S. W. RANSON et R. W. BARRIS), 856.

O

Obsession (l') de négation (Charles BERLIOZ), 672.

©BIUM

— (interprétation d'un syndrome d') (Fernando Rébora G.), 684.
— (l') chez Rainer Maria Rilke (M. Laignel-Lavastine et Ch. Berlioz), 729.
Oligophrénie (forme familiale d') avec dépôts symétriques calcaires dans le cerveau (R. Fritzsche), 697.
Olive (l') bulbaire (Pierre Mareschal), 673.
Ophtalmoplégie totale unilatérale (M. Olloz), 703.
Organo-psychogènes (formes nerveuses) associées (Carlo Panara), 851.
Ossification fragmentaire de la faux du cerveau chez un paralytique général (A.-C. Pierson), 711.
Ostéome de la base du crâne avec pneumo-encéphalocèle (Cl. Vincent), 127.
Oxyde de carbone (intoxications par l'). Syndromes neuro-psychiques (M. Schächter), 867.

P

Pachybasie (J. Lhermitte et A. Nemours), 286.
Pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes (G. de Morsier), 304.
Palilalie (la) chez les mélancoliques (Giuseppe Pintus), 686.
Pallidodentelée (affection dégénérative) (G. Guillain, I. Bertrand et L. Rouques), 661.
Paralysie unilatérale de la 3e paire avec double atteinte trigémellaire (Raymond Garcin et Marcel Kipfer), 125.
— consécutive à une injection de sérum antitétanique (J. Lhermitte et Cliquet), 127.
— saturnine (P. Divry et Evrard), 670.
— spastique familiale (Arthur-H. Jackson), 708.
— totale post-traumatique du plexus brachial (A. Thévenard, X. Contiadis et P. Auzepy), 839.
Paralysie générale et syphilis (Mazhar Osman), 306.
—— (traitement de la) par l'électropyrexie (Charles Ladame), 324.
—— traumatique (Marcel Héger et P. Vervaeck), 466.
—— chez l'enfant (Jacques Devallet), 503.
—— héréditaire et familiale (L. van Bogaert et Dijckmans), 669.
—— et psychoses syphilitiques en Cochinchine (P. Dorolle), 695.
—— (la) à l'Asile de Bordeaux, 1924-34 (Quercy, de Boucaud et Hédouin), 695.
—— infantile parvenue au stade juvénile (H. Pichard, Yv. André et M. Leconte), 805.
Paralysies post-diphtériques (J.-A. Chavany et F. Thiébaut), 128.
— associées des nerfs craniens (Henri Gaubert), 511.
Paralytiques généraux (le temps de réaction chez les) (G. Vermeylen et G. Audet), 306.
—— malarisés (les syndromes sensitifs chez les) (P. Guiraud et Ch.-H. Nodet), 779.
Paranoïaque schizoïde (avances érotiques de conciliation, moyens de défense d'une) (Paul Courbon et Feuillet), 820.
Paraphrénies (les) (A.-C. Pacheco e Silva), 685.
Paraplégie flasque post-vaccinothérapique guérie dans une maladie de Nicolas Favre (Marinesco et Grigoresco), 120.
Paresse (la) chez l'écolier (G. Paul-Boncour), 879.
Parkinson (syndrome de) encéphalitique datant de 14 ans (L. Marchand et A. Courtois), 791.
———. Etiologie : valeur du trauma psychique (J.-L. Alvarez Sala et J.-M. Diaz Florez), 875.
Parkinsonisme ; « tremblement de repos » et « tremblement d'action » (R. Nyssen, R. Dellaert et R. Busschaert), 310.
Parotidite épidémique (complications neurologiques de la) (Carle-B. Mc Kaig et Henry-W. Woltman), 877.
Paroxysmes oculaires et palilalie (L. van Bogaert), 874.
Pathographie historique et biographique (Aug. Ley), 138.
Pédagogie de l'éducation sexuelle (Juan Roura y Patella), 526.
Pellagre associée à l'alcoolisme chronique (H.-M. Zimmerman, L.-H. Cohen et E.-F. Gildea), 144.
Peurs (les) pathologiques (Henri Arthus), 502.
« **Phénomène d'obstacle** » de Donaggio (d'Ormea et Broggi), 716 ; (C. Delfin), 716.
Phrénique (centre médullaire du nerf) (Anders Kristenson), 701.
Physiologie (Traité de) (G.-H. Roger et Léon Binet). Physiologie nerveuse, 675.
— (application des principes de la) aux problèmes médico-légaux (Bernard Spilsbury), 848.

©BIUM

Physiothérapie (Harry-F. HOFFMAN), 722.
Pick (maladie de) (Jacques LEY), 131 ; (G. VERMEYLEN), 132 ; (PINERO et ORLANDO), 697.
——— et maladie d'Alzheimer (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 131.
———. Anatomie pathologique (P. DIVRY), 132 ; (P. DIVRY, J. TITECA et G. VERMEYLEN), 132.
——— avec lésions prédominantes des noyaux gris (A. DEWULF), 134.
——— au début. Itérations verbales et graphiques (P. GUIRAUD et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX), **597**.
——— et démence (N.-B. SAMUCHIN, G.-B. BIRENBAUM et L.-S. WYGOTSKY), 696.
Pithiatiques (les troubles) et les maladies organiques (A SUBIRANA), 304.
Pituitaire (syndrome basophile de la) (Irving-H. PARDEE), 523.
Placement familial des hommes (indications psychiatriques du) (Jacques VIÉ), 318.
Plasma sanguin (composition minérale du) dans certains états neuro-psychiatriques (Louis CAILLARD), 512.
Pneumo-encéphalographie (Paolo-Emilio NASPES), 854.
Polio-encéphalite aiguë chez un enfant (G. GUILLAIN, P. MOLLARET et I. BERTRAND), 659.
Polynévrite et syndrome hérédo-dégénératif (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA), 844.
Polynévrites dites apioliques dues à l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique (M. SCHACHTER), 711.
Polypeptides sériques (l'index tyrosine des) dans l'aliénation mentale (Th. SIMON, J.-Ch. ROUX et R. GOIFFON), **101**.
Polyradiculonévrite généralisée avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique (ALAJOUANINE, THUREL, HORNET et BOUDIN), 841.
Ponction sous-occipitale et spécialement celle de Ravaut (Alcides BENICIO), 715.
Potassium (le) musculaire (A. LEULIER et B. POMMÉ), 720.
Prostigmine (la) dans le traitement de la myasthénie (G. de MORSIER), 313.
Pseudosclérose sans troubles mentaux (Jacques LEY), 706.
Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité (S. NACHT), 506.
Psychasthénique avec état de mal obsessionnel (LAIGNEL-LAVASTINE et DELAITRE), **218**.
Psyché-esprit et âme (A.-J. WESTERMANN HOLSTIJN), 315.
Psychiatrie (Manuel de) (Emilio MIRA Y LOPEZ), 504.
— (l'orientation neurologique en) (Gonzalo R. LAFORA), 851.
Psychobiologie (Curtis T. PROUT et Lloyd H. ZIEGLER), 316.
Psychologie (Nouveau Traité de) (Georges DUMAS). Les fonctions et les lois générales (avec Ch. BLONDEL, E. CLAPARÈDE, H. DELACROIX, H. PIÉRON, G. POYER, G. REVAULT d'ALLONNES), 491.
— (Plinio OLINTO), 494.
— individuelle (Trude BERARU), 699.
Psychonévroses de l'enfance (Melita SCHMIDEBERG), 141.
Psychoses (les) post-traumatiques (Ern. de CRAENE), 462.
— (chagrins d'amour et) (Mlle C. PASCAL), 501.
— familiales organiques du type Alzheimer (K. LOWENBERG et R. W. WAGGONER), 696.
— (causes de la mort dans certaines) (G.-M. DAVIDSON), 698.
— (la profondeur et le rythme de la respiration dans les) (Arthur S. PATERSON), 713.
Psycho-sexuels (troubles) chez l'homme et substance « féminine » de l'urine (E. TOULOUSE, P. SCHIFF et H. SIMONNET), **440**.
Punition et contrainte dans la famille et à l'école (Heinrich MENG), 458 ; (H. CRICHTON-MILLER), 458.
Pyrétothérapie soufrée. Rectification du délire systématisé au cours d'un syndrome basedowien (H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH), **610**.
Pyrifer (usage du) (J. ERSKINE HOWIE). 324.

R

Radioactivité (les rapports de la) et du goitre (Theo LANG), 882.
Ramollissement pariétal (syndrome hémialgique fruste par) (J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 121.
— cérébral à double foyer symétrique consécutif à la ligature d'une jugulaire (Pierre DUVAL, LHERMITTE et VERNES), 285.
Ramollissements protubérantiels (J.-O. TRELLES), 507.
Réaction psychosique (les mécanismes de base de la) (Z. DROHOCKI), 679.
Réactions (les) psychosiques liées à l'organisation des établissements psychiatriques (S. OBERE), 884.
Réactivité convulsive (mécanisme physico-chimique de la) (E. SPIEGEL et Mme SPIEGEL-ADOLF), 473.

©BIUM

Réalisation et Interprétation (Pierre JANET), **329.**
Réflexe cornéo-mentonnier de Flateau (L. LIPSZOWICZ), 701.
— de préhension (N. KONOWALOFF), 702.
Réflexes (les) antagonistes chez les parkinsoniens (TINEL, FOURESTIER et FRIEDMANN), 663.
— controlatéraux (W. STERLING), 701.
— (les) conditionnels (Rodolfo GIORGINI), 853.
— (rôle des) conditionnels dans l'immunité (S. MÉTALNIKOV), 853.
— du menton chez les aliénés (KAZYNSKI), 854.
— chez les cérébropathes et rire dans la manœuvre du réflexe rotulien (Pietro ARMENISE), 854.
Régulation (la) neuro-humorale (Mme Lina STERN), 668.
Rossolimo (**symptôme de**) dans les maladies générales et chirurgicales (Z. FINKELSTEIN et M. KACZYNSKI), 702.
Rougeole (les complications nerveuses de la) (Charles GRUNINGER), 511.

S

Sarcomatose réticulaire des méninges (P. BORREMANS et R. LEY), 469.
Sauvetage de l'enfance et de l'adolescence en danger physique et moral (Etienne MARTIN et Victor MOURET), 847.
Schizoïde (menaces de mort chez le) et défense sociale (Etienne de GREEFF), 147.
Schizophrénie. Limites et particularités des formes légères (Mme E. KAMÉNÉVA), **565.**
— (la pensée dans la) (L.-S. VIGOTSKY), 687 ; (Fernando BARISON), 688.
—. Le « parler à côté » (Hans BURKHARDT), 688.
— atténuée (J. NELKEN), 688.
— précocissime ou prépubérale (W. LÓPEZ ALBO), 689.
— (clinique de la) chez les jeunes enfants (L. GREBELSKAJA-ALBATZ), 689.
— (forme paranoïde de la) et délires systématisés hallucinatoires (S. RAMIREZ MORENO), 690.
—. Amélioration concomitante des troubles organiques et psychologiques (Milton H. ERICKSON), 690.
— (jumeaux univitellins discordants en ce qui concerne la) (Frithjof WIGERS), 690.
— chez l'un seulement des jumeaux identiques (J. KASANIN), 691.
Sciatique (le traitement de la) (J. HAGUENAU), 527.
Sclérémie avec symptômes nerveux (J. MERENLENDER et Mme N. ZAND), 708.
Sclérose disséminée (signes initiaux ou précoces de) (N.-V. MIRTOWSKY et R.-I. OUSATCHEW), 707.
Sclérose diffuse (le type infantile de la) (L. van BOGAERT), 309.
—— (la), encéphalite scléro-atrophiante (Ramon CARRILLO), 869.
Sclérose en plaques aiguë avec symptomatologie de neuro-myélite (Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, R. THUREL et R. ROSSANO), 285.
——— aiguë chez l'enfant (J. DAGNELIE), 290.
——— probablement familiale (M. LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS), 838.
———; les troubles de métabolisme des lipoïdes phosphorés (M. LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS), 838.
Scléroses multiples. Traitement par l'électropyrexie (Clarence A. NEYMANN et S. L. OSBORNE), 323.
Secret (le) professionnel dans les Asiles (E. RAIGA), 725.
Sénile (les lésions du cerveau) (P DIVRY), 308.
— et présénile (psychoses de l'âge) (J. MEISSNER), 696.
Sens esthétique (contribution expérimentale à l'étude du) (R. CALABRESI), 315.
Sérum antitétanique (l'injection préventive de) (P. MAUCLAIRE), 321.
Sexes (dimorphisme psychologique des) (D. WEINBERG), 525.
Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans (G. BLECHMANN), **826.**
Sinus carotidien et circulation cérébrale (Erik ASK-UPMARK), 510.
Société Médico-Psychologique. NOMINATIONS. *Membres associés étrangers :* Louis MARS, 87. James FERRAZ-ALVIM, 440. Jean TITECA, Paul VERVAECK, 619.
———. *Membres correspondants nationaux :* J. DURAND-SALADIN, J. LASSALE, H.-E. CHRISTY, COSTEDOAT, G. DUPYTOUT, J. TRILLOT, H. LE SAVOUREUX, 87. Rémi COURJON, P. LECLERCQ, G.-P. TOYE, 440. Paul SIVADON, 618. J. ROUART, J. BOREL, P.-M. LEULIER, B.-A. CASALIS, Mlle DEROMBIES et P. RUBENOVITCH, 810.
———. *Membre titulaire :* Mme MINKOWSKA, 88.
———. *Membres titulaires honoraires :* V. TRUELLE, 618. Pierre JANET, 809.

©BIUM

———. Décès de S.M. la Reine Astrid de Belgique, 438.
———. Décès de M. Ad. Courtois, 438.
———. Légion d'Honneur : Lucien Lagriffe, Paul Courbon et Maurice Desruelles, 597.
———. Démission du Secrétaire général, 618.
———. Nomination d'une commission, 619.
———. Rapport de la Commission des Finances, 810.
———. Rapport du Secrétaire général, 811.
———. Election du Bureau pour 1936, 813.
———. Bureau de la Société pour 1936, 815.
———. Conseil d'Administration, 815.
———. Commission des Finances, 815.
———. Annales Médico-Psychologiques, 815.
———. Prix de la Société, 816.
Sommeil prolongé (La thérapeutique par le) dans une névrose réactive hyperkinétique (Gonzalo-R. Lafora), 724.
Sosie (illusion de) (Mlle Derombies), 137.
Spasme de torsion (grand), dystonie d'attitude, kinésie paradoxale et dystonie spastique (C.-A. Pierson), 705.
Spiritisme (les illusions du) (Nicholas Gotten et Clarence A. Patten), 684.
Spongioblastome (Histologie et cainique du) (Mme A.-S. Ogourt-Zowa), 317.
Stéréognosiques (les troubles) (D.-E. Stolboum), 854.
Stérilisation (la) en Suisse (Hans Maïer), 318.
— (effets de la) chez le mâle (E. Letard), 524.
— (conséquences psychiatriques de la) chez l'homme (P. Schiff), 526.
— (technique chirurgicale de la) chez le mâle (P. Mauclaire), 527.
Stérilités inexpliquées (J. Séguy et J. Vimeux), 524.
Stewart-Morel (syndrome de) (Marcel Moreau), 142.
Striés (syndromes). Symptômes objectifs caractéristiques (J. Froment), 307.
——. Répercussivité émotive et spasmes hypertoniques (J. Froment, G. et Mlle A. Feyeux), 307.
Stupeur (historique de la littérature sur la) (Charlotte Munn), 687.
Suicide masqué (Lattes), 465.
— (aspects du) (D.-A. Mac Erlean), 698.
Sympathique (syndrome) cervical supérieur. Maladie de Barré-Liéou (J.-A. Chavany), 709.
— (rapports entre le) et le parasympathique (Lina Stern), 856.
Syphilis cérébrale et Gliome (J. de Busscher et H.-J. Scherer), 468.
— (valeur des réactions biologiques liminaires de la) en psychiatrie (J. Dublineau), 637.
— (la) dans Shakespeare. Timon d'Athènes (Andrew-H. Woods), 694.
— (la) cause unique de tabes et de paralysie générale ? (Santiago Ramirez), 695.
— nerveuse ; traitements arsenicaux (A. Donnadieu), 768.
Syringomyélie infantile (A. Baudouin, J. Sallet et M. Deparis), 128.
— avec chéiromégalie (Lhermitte et Auguste Nemours), 662.
Système organo-végétatif (Action de l'eau de Vittel-Hépar sur le) (D. Santengise et M. Vidacovitch), 722.
Système nerveux central (les symptômes neurovégétatifs dans les maladies du) (G. Bickel), 138.

T

Tabes et psychoses (Waldemiro Pires), 695.
Tabétique (un) de qualité (Laignel-Lavastine et Mary Trivas), 710.
Tabou (le) de l'inceste (Lord Raglan), 505.
Tapia (syndrome de) chez un traumatisé (Villaret, Huguenau et Vernet), 663.
Teinture pour cheveux cause de troubles neuro-psychiques (Rogelio-E. Carratala et José-C. Belbey), 865.
Temps (l'intuition du) (C. Radulescu-Motru), 314.
Tension du liquide intraventriculaire (instrument pour prendre la) (Th. de Martel et Guillaume), 286.
Test psychologique de Rorschach (interprétation physiologique du) (G. Marinesco, A. Kreindler et Louis Copelman), 681.
Testicules et comportement psychosexuel (Léon Binet et Pierre Gley), 525.
Tests mentaux (études cliniques des) (Simon H. Tulchin), 680.
Tétanie expérimentale chez le chien et vitamine D (J.-A. Collazo et A. Santos-Ruiz), 882.
Thalamo-corticales (connexions) (A. de Haene), 309.
Thérapeutique infinitésimale en psychiatrie (F. Gorriti), 321.

©BIUM

— médicale (M. Loeper). Système nerveux, 517.
Thomsénien (syndrome) et myxœdème (G. Bourguignon et R. Garcin), 284; (R. Garcin et I. Bertrand), 284.
Traumatisme cérébral et gliome (Radermecker), 467.
— neuro-psychique de l'enfant (A.-J. Plotitcher, J.-M. Esersky, A.-M. Fournanow et M.-J. Dotsenko), 692.
Traumatismes craniens (troubles psychiques consécutifs aux) (Paul Schilder), 692.
— et tumeurs du système nerveux central (Oreste Bonazzi), 704.
— craniens (les troubles mentaux tardifs des) (Alfred Gordon), **745.**
— craniens (syndrome amnésique consécutif aux) (R. Klein et A. Kral), 870.
Travail (la psychologie du) (A. Groenveld), 311.
Trijumeau rétrogassérien (Schwanome du) (Alajouanine, Thurel et Guillaume), 126.
Tronc lombo-sacré (syndrome bilatéral du) par métastase cancéreuse (G. Roussy, René Huguenin et Mlle Boucabeille), 840.
Troubles mentaux dans la population bruxelloise (G. Vermeylen), 668.
— — des indigènes du Sahara algérien (Humann), 685.
Tubercule cérébral pariétal enlevé chirurgicalement (Paul Schmite), 662.
Tuberculose et maladies mentales (Erslo Ciarla), 680.
Tumeur bulbo-médullaire latente (L. Babonneix et Cl. Vincent), 119.
— cérébrale à évolution rapide (A. de Haene), 134.
— frontale opérée depuis plus d'un an (A. Courtois, P. Puech et André-P.-L. Beley), **278.**
— médullaire. Discordance du lipiodiagnostic sous-arachnoïdien et de la manœuvre de Queckenstedt (M. Coste et Haguenau), 287.
— du 3e ventricule. Troubles mentaux (J. Heernu et Manil), 306.
— de la couche optique à symptomatologie cérébelleuse (A. de Haene), 469.
— frontale sans signes de localisation (Th. de Martel et Guillaume), 662.
— comprimant le plancher du IVe ventricule (J.-A. Barré, Jean Masson et A. Charbonnel), 664.
— cérébrale pré-frontale remarquablement tolérée (C.-A. Pierson), 704.
— de la couche optique et du IIIe ventricule avec symptômes choréiques (E. Herman et J. Mackiewicz), 704.
— à cholestérol, craniopharyngiome pituitaire (F. Parkes-Weber, C. Worster-Drought et W.-E. Carnegie-Dickson), 712.
— kystique du vermis et crises de tétanie décelée par une ventriculographie (Henri Roger, Marcel Arnaud et André Jouve), 841.
Tumeurs secondaires du cerveau (le syndrome métastatique aigu des) (Raymond Garcin et R. Huguenin), 284.
— rétiniennes de type cérébral (Ch. Dejean), 467.
— cérébrales à symptomatologie d'abcès du cerveau (van Gehuchten), 469.
— hypophysaires ou périhypophysaires (traitement chirurgical des) (M. Balado et R. Pardal), 528.
— de l'angle. Repérage radiographique du profil du rocher (Clovis Vincent), 839.
— cérébrales (Pommé), 868.
Typhus exanthématique (ponction de la citerne dans le) (N.-S. Chronstalew), 322 ; (P.-I. Emdin), 323.
— — (introduction du sérum de convalescents après ponction dans le) (L. Sa. Blachman), 323.

V

Vaccination (la) antitétanique (Louis Bazy), 527.
Vaginisme (le) névropathique (P. Hartenberg), 852.
Vagotonie et sympathicotonie (Henri Vignes), 856.
Vagotonine (la) dans les états anxieux (P. Gardien et Mme P. Gardien-Jourd'heuil), 313 ; (Mme M.-P. Gardien-Jourd'heuil), 515.
Variations horaires biologiques chez les malades mentaux (Vito-Taolo Viti), 713.
Vieillesse (le problème de la) (E. Toulouse), 880.
Vision (troubles psychogénétiques de la) (Wilhelm Stekel), 140.
Visions mystiques. L'hallucination métesthésique (Pierre Quercy), 546.

W

Wilson (maladie de) et troubles mentaux (Paul Abély et Paul Guyot), **775.**

Z

Zona ophtalmique et paralysies oculaires (J. François), 845.

©BIUM

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

ABADIE (J.). Etiologie générale de l'épilepsie commune, 472.
ABÉLY (Paul). *Discussion*, 636, 643.
— et GUYOT (Paul). Maladie de Wilson et troubles mentaux, **775**.
ABÉLY (Xavier). Les mesures de sûreté dans le projet de loi portant refonte du Code pénal, **88**.
—. *Discussion*, 99, 267.
ABRAMSON (Joseph-L.). Méningite lymphocytaire aiguë, 709.
ADAMS (Félix-M.) et HAYS (Powell-L.). L'atropine dans le syndrome parkinsonien post-encéphalitique, 724.
ADSON (A.-W.). Effets thérapeutiques de l'interruption des voies sympathiques, 482.
AGUIAR-WHITAKER (E. de). V. *Yahn*.
— —.Les constitutions en pathologie mentale, 678.
AJURIAGUERRA (J.). V. *Badonnel*.
ALAJOUANINE (Th.) et THUREL (R.). Nœvus variqueux ostéohypertrophique, 121.
—, THUREL (R.), et HORNET (Th.). Anévrysme circoïde avec ostéoporose, 122.
—, THUREL et GUILLAUME. Schwannome du trijumeau rétrogassérien, 126.
—, HORNET (Th.), THUREL (R.) et ROSSANC (R.). Sclérose en plaques aiguë avec symptomatologie de neuromyélite, 285.
—, HORNET (Th.) et THUREL (R.). Arachnoïdite et syringomyélie, 285.
—, HORNET (Th.) et ANDRÉ (R.). Le feutrage arachnoïdien spinal dans certaines maladies à virus neurotrope, 837.
—, THUREL, HORNET et BOUDIN. Polyradiculonévrite généralisée avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique, 841.
ALBESSAR. V. *Lhermitte*.
ALEXANDER (M.). Pronostic de la récidive des délinquants anormaux, 146.
—. Myopathie pseudo-hypertrophique, 290.
—. L'examen des « Enfants du Juge » à la Clinique médico-pédagogique du Brabant, 311.
ALEXANDROWSKIJ (A.-B.). Auto-observation d'intoxication mescalinique, 682.
ALLEN (Clifford). Dysostose céphalique, 678.
ALLIEZ (Joseph). V. *Roger*.
ALVAREZ SALA (J.-L.) et DIAZ FLOREZ (J.-M.). Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Parkinson, 875.
AMEUILLE (P.), LHERMITTE (J.) et KUDELSKI. Embolie gazeuse cérébrale après insufflation pleurale, 123.
ANDERSEN (C.). L'insulinothérapie dans la démence précoce, 312.
ANDRADE (C. d'). V. *Barré*.
ANDRÉ (R.). V. *Alajouanine*.
ANDRÉ (Yv.). V. *Pichard*.
ANGLADE (Roger). *Discussion*, 829.
ARIENS KAPPERS (C.-U.). Phylogénie des centres hypothalamiques autonomes, 481.
ARMÉNISE (P.). Le chatouillement chez les cérébropathes et le rire dans la manœuvre du réflexe rotulien, 854.
ARNAUD (Marcel). V. *Roger*.
ARTHUS (Henri). Les peurs pathologiques, 502.
ASK-UPMARK (Erik). Le sinus carotidien et la circulation cérébrale, 510.
AUDET (G.). V. *Vermeylen*.
AUDIER (M.). V. *Olmer*.
AULT (C.-C.). V. *Werner*.
AUZEPY (P.). V. *Thévenard*.

(1) Les chiffres en caractères **gras** se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes.

©BIUM

B

Babonneix (L.) et Vincent (Cl.). Tumeur bulbo-médullaire latente, 119.
— et Litchtenberg (D.). Epilepsie syphilitique, 124.
Badonnel (Mlle), Ajuriaguerra (J.) et Leconte (M.). Syndrome aphaso-agnoso-apraxique. Les troubles de la notion du moi et de la notion spatiale, 798.
Balado (M.) et Pardal (R.). Traitement chirurgical des tumeurs hypophysaires ou péri-hypophysaires, 528.
Baonville (H.), Ley (J.) et Titeca (J.). Maladies de Pick et d'Alzheimer, 131.
—, Ley (J.). et Titeca (J.). L'atropine à hautes doses dans le traitement du parkinsonisme, 843.
—, Ley (J.) et Titeca (J.). Syndrome hérédo-dégénératif et polynévrite, 844.
—, Ley (J.) et Titeca (J.). Méningo-encéphalite saturnine, 867.
Baranowski (W.). Diabète insipide avec syndrome de Frœhlich, 707.
Barbé et Brizard. Mort en état de mal épileptique avec obstruction du tronc basilaire, 659.
Barison (Fernando). L'abstraction formelle de la pensée au cours de la schizophrénie, 688.
Barré (J.-A.) et Andrade (C. d'). Faux signe de Babinski chez un vestibulaire, 120.
—. Signe de la dysharmonie vestibulaire, 120.
—, Kabaker et Charbonnel. Les réactions après l'épreuve rotatoire, 123.
—. Etude critique de l'ataxie frontale, 479.
—, Masson (Jean) et Charbonnel (A.). Symptomatologie précoce de la compression du IVe ventricule, 664.
—. Crises douloureuses du type sympathique chez un hémiplégique, 838.
Barris (R.-W.). V. *Ingram*.
Baruk (H.). *Discussion*, 78, 79, 229, 230, 239, 605.
—. Gévaudan (Mlle Y.), Cornu (R.) et Carle (A.). Contracture oculo-palpébrale et paralysie brachiale hystériques, 241.
—, Gévaudan (Mlle Y.), Cornu (R.) et Carle (A.). Crise de catalepsie et crise d'énervement hystériques, 252.
—, Gévaudan (Mlle (Y.), Cornu (R.) et Carle (A.). Tremblement par le scopochloralose, 259.
— et Cornu (R.). Névrose dysphagique, 271.
—. L'hystérie et les fonctions psychomotrices, 292.
—. La pathogénie des cénesthopathies, 840.
Baudouin (A.), Sallet (J.) et Deparis (M.). Syringomyélie infantile, 128.
Bazy (Louis). La vaccination antitétanique, 527.
Beaujard. V. *Lhermitte*.
Beccle (L.-F.). Aspects médico-légaux des maladies vénériennes, 148.
Béhague. Epilepsie et larmes de sang, 283.
Beleey (J.-C.). V. *Carratala*.
Beley (André-P.-L.). V. *Courtois*.
—. La thérapeutique endocrinienne dans les grands syndromes mentaux chez la femme, 722.
Bell (A.). L'apraxie dans les lésions du corps calleux, 873.
Beltran (J.-R.). Les demi-aliénés et la législation pénale argentine, 850.
Bender (Mme Lauretta). Myélopathie associée à l'encéphalopathie alcoolique, 145.
—. Mécanismes psychiatriques chez les meurtriers d'enfants, 848.
Benicio (Alcides). La ponction sous-occipitale et spécialement celle de Ravaut, 715.
Beraru (Trude). La psychologie individuelle, 699.
Berlioz (Charles). L'obsession de négation, 672.
—. V. *Laignel-Lavastine*.
Berlucchi (C.). Forme d'arriération grave avec myosclérose, 879.
Bertrand (I.). V. *Garcin*.
—. V. *Guillain*.
—, Blanchard (L.) et Vedel (R.). Neuro fibromatose chez le bœuf, 665.
—, Blanchard (L.) et Vedel (R.). Neuro-épithéliome intercostal chez le cheval, 665.
Bethoren. Psychose de Korsakoff au cours d'une tuberculose lymphoganglionnaire, 665.
Bickel (G.). Les symptômes neuro-végétatifs dans les maladies du système nerveux central, 138.
—. L'aréflexie tendineuse congénitale, 141.
Binet (Léon) et Gley (Pierre). Comportement psycho-sexuel et testicules, 525.
—. V. *Roger*.
Bing (R.). Syndromes extrapyramidaux réversibles, 706.
Bioy (E.). V. *Lemaire*.
Birenbaum (G.-B.). V. *Samuchin*.
Bize (P.-R.). Débilité congénitale avec hypertonie et paratonie, opposition et négativisme, 662.
Blachman (L.-S.). Ponction de la citerne et introduction de sérum de convalescents dans le typhus exanthémique, 323.

©BIUM

BLANCHARD (L.). V. *Bertrand.*
BLECHMANN (G.). Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans, **826.**
BLONDEL (Ch.). V. *Dumas.*
BODART (A.). Les affections nerveuses et mentales à l'Armée belge, 140.
BOGAERT (Ludo van). L'hystérie et les fonctions diencéphaliques, **298.**
—. V. *Borremans.*
—. Le type infantile de sclérose diffuse, 309.
— et NYSSEN (R.). Le type tardif de la leucodystrophie familiale, 309.
—. V. *Wulf.*
— et MARTIN (P.). Méningiomatose diffuse cérébro-spinale à évolution rapide, 470.
—. V. *Martin.*
—. V. *Delmas-Marsalet.*
— et DIJCKMANS, Paralysie générale héréditaire et familiale, 669.
—. V. *Nyssen.*
—. Troubles extrapyramidaux, anneau cornéen et cirrhose pigmentaire au cours de la trypanosomiase africaine, 706.
— et BUSSCHER (Jacques de). Hémiathétose post-diphtérique, 707.
—. Hémihypertrophie craniofaciale progressive avec hémisyndrome parkinsonien homolatéral, 844.
—. Paroxysmes oculaires et palilalie, 874.
BONAFARTE (Marie). Les deux frigidités de la femme, 527.
BONAZZI (Oreste). Délinquant par tendance ou encéphalitique « au sens large », 148.
—. Traumatismes et tumeurs du système nerveux central, 704.
—. L'intoxication cocaïnique et ses répercussions tardives, 865.
BONNAFOUX-SÉRIEUX (Mme). V. *Guiraud.*
BONHOEFFER (K.). L'état actuel du problème des localisations de la couche optique, 705.
BOREL (Jacques). V. *Heuyer.*
BORREMANS et BOGAERT (L. van). La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs de l'encéphalite léthargique, 309.
— et LEY (R.). Sarcomatose réticulaire des méninges, 469.
— et LEY (R.). Sarcomatose réticulaire des méninges, 844.
BOSCH et BRUNO. Les modifications sanguines dans les asphyxies, 717.
BOSCHI (J.). Thérapeutique organique de l'hystérie, 305.
—. Traitement des affections du névraxe par autohémothérapie et méningites aseptiques provoquées, 841.
BOUCABEILLE (Mlle). V. *Roussy.*
BOUGAUD (de). V. *Quercy.*
BOUDIN. V. *Alajouanine.*
BOUGEAUT. V. *Cossa.*
BOURGUIGNON (G.) et GARCIN (R.). Syndrome thomsénien et myxœdème, 284.
—. Chronaxies vestibulaires et neuromusculaires dans quelques cas d'hystérie, 308.
BOVEN (W.). De l'anxiété, 153.
BRAATOY (Trygve). Les hommes de 15 à 25 ans, 513.
BRANTMAY (H.). V. *Naville.*
BREMER (F.). L'oscillogramme du cortex cérébral, 845.
BRISSOT. Discussion, 656, 830.
—. Un nouveau service de neuropsychiatrie infantile à l'Asile de Vaucluse, 885.
BRIZARD. V. *Barbé.*
BROGGI. V. *Ormea.*
BRUN (M.). V. *Puech.*
BRUNO. V. *Bosch.*
BUENO (R.). Astrocytome intravermien 712.
BURKHARDT (Hans). Le « parler à côté » schizophrénique, 688.
BUSCAINO (V.). Etiologie spéciale de l'épilepsie, 472.
BUSSCHAERT (R.). V. *Nyssen.*
BUSSCHER (J. de) et SCHERER (H.-J.). Syphilis cérébrale et gliome, 468.
—. Métastase cranienne d'un épinéphrome, 469.
—. V. *Bogaert.*
BYCHOWSKI (G.). Le criminel à la lumière de la psychanalyse, 700.

C

CAHANE (M. et T.). Syndrome infundibulo-tubérien avec mélancolie, **208.**
CAILLARD (Louis). La composition minérale du plasma sanguin dans certains états neuro-psychiatriques, 512.
CAIRNS (H.). Traitement des troubles de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien, 477.
CALABRESI (R.). Contribution expérimentale à l'étude du sens esthétique, 315.
CALVET (Jean). Action de l'épiphyse sur les glandes génitales, 524.
CANAVAN (M.-M.), COB (S.) et DRINKER (C.-K.). Empoisonnement chronique par le manganèse, 867.
CANTACUZÈNE. *Discussion,* 610.
CANTILLO (L.). L'alopécie habituelle de l'homme adulte, défaut de l'équilibre hypophyso-génital, 881.

©BIUM

CAPGRAS, ROUART et DEROMBIES (Mlle). Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie, **73.**
CARLE (A.). V. *Baruk.*
CARNEGIE-DICKSON (W.-E.). V. *Worster-Drought.*
CARON et LAGACHE (D.). Délire hallucinatoire de persécution chez une aveugle, **80.**
—. *Discussion*, 605.
CARRATALA (Rogelio-E.). Modifications hématologiques de l'intoxication barbiturique, 718.
— et BELBEY (J.-C.). Troubles psychiques et nerveux déterminés par les teintures pour cheveux, 865.
CARRILLO (R.). La sclérose diffuse, encéphalite scléro-atrophiante, 869.
CASTIN (P.) et GARDIEN (P.). Arthralgies et myalgies barbituriques, 866.
CEILLIER. *Discussion*, 657.
CÉSAR (Osorio). Le calcium et le fer dans l'écorce cérébrale d'un épileptique, 719.
CHAMPY (Ch.). Les caractères inhibés chez les mâles, 525.
CHANIAL (G.). V. *Froment.*
CHARBONNEL. V. *Barré.*
CHARPENTIER (Clément). *Discussion*, 92.
CHARPENTIER (René). *Discussion*, 91, 229, 251, 252, 262, 263, 265, 267, 271, 656, 657, 658, 830.
—. Sur la Bonté, **292.**
CHAVANY (J.-A.) et THIÉBAUT (F.). Syndrome de Korsakoff d'origine gravidique, 119.
— et THIÉBAUT (F.). Les paralysies post-diphtériques, 128.
— et LEMANT (J.). Amyotrophie spinale syphilitique, 661.
—. Syndrome sympathique cervical supérieur. Maladie de Barré-Liéou, 709.
—. Le barbiturisme aigu, toxicose neuro-végétative, 866.
CHERSONSKY (R.-A.). Névrites postsérothérapiques, 710.
CHOROSCHKO (W.-K.). Doctrine des lobes frontaux d'après trente années de recherches personnelles, **383.**
CHRISTY (H.). Encéphalite psychosique suivie d'un syndrome de démence précoce, 305.
CHRONSTALEW (N.-S.). Ponction de la citerne dans le typhus exanthématique, 322.
CHÜKRÜ-AKSEL (Ihsan). L'influence des régions de Röntgen sur le cerveau humain, 311.
CHUTE (Richard). L'hyperparathyroïdisme et la formation de certains calculs urinaires, 522.
CIARLA (Ernesto). Tuberculose et maladies mentales, 680.
CLAPARÈDE (E.). V. *Dumas.*
CLAUDE (Henri). *Discussion*, 229, 251, 261, 266, 268.
—, DREYFUSS-SÉE (Mlle G.), LAGACHE et ROUART. Dysphasie pithiatique d'un type spécial chez une fille de 14 ans, **234.**
— et SIVADON (P.). Traitement de l'épilepsie par les injections intrarachidiennes d'air, **605.**
— et RUBENOVITCH (P.). Syndrome basedowien. Délire systématisé rectifié à la suite de la pyrétothérapie soufrée, **610.**
—. Manifestations hallucinatoires et substratum organique, 683.
—, DUBLINEAU (J.) et KERFRIDIN. Chryso-pyrétothérapie des psychoses, 717.
CLIQUET. V. *Lhermitte.*
COBB (S.). V. *Canavan.*
COFFIN (M.). Les encéphalites de l'enfance, 142.
COHEN (Ira). Complications cérébrales des suppurations putrides pleuro-pulmonaires, 877.
COHEN (L.-H.). V. *Zimmerman.*
COHEN (Samuel-J.) et EIS (Benjamin-M.). Lipodystrophie chez les adultes, 521.
COLLAZO (J.-A.) et SANTOS-RUIZ (A.). Tétanie expérimentale chez le chien et vitamine D, 882.
COLUCCI (G.). Syndrome chronique atypique chez un hystérique, 857.
CONRAD (Agnes). Etude psychiatrique des hyperthyroïdiens, 520.
CONTIADIS (X.). V. *Thévenard.*
COPELMAN (Louis). V. *Marinesco.*
CORBERI (Giuseppe), VIÉ (J.), SANO (F.). L'Assistance hétéro-familiale des malades mentaux, 456.
CORNIL (Léon). Les Anormaux et le Droit pénal, 461.
CORNU (R.). V. *Baruk.*
COSSA. Epilepsie avec hypercalcémie, 127.
— et BOUGEAUT. Anorexie dite mentale et hypophyse, 664.
COSTE (M.) et HAGUENAU. Discordance du lipiodiagnostic sous-arachnoïdien et de la manœuvre de Queckenstedt dans un cas de tumeur médullaire, 287.
COSTEDOAT. Les névroses traumatiques, 461.
COUGH (F.-H.) et FOX (J.-C.). Etude photographique des mouvements oculaires dans les maladies mentales, 855.
COURBON (Paul) et LECONTE (M.). Escarre sacrée, séquelle de barbiturisme, **222.**
—. *Discussion*, 262, 263, 268, 791, 830.
— et FEUILLET. Avances érotiques de conciliation, moyens de défense d'une paranoïaque schizoïde, **820.**

©BIUM

COURTOIS (A.). Agents étiologiques des syndromes de démence précoce, 51.
— et BELEY (André-P.-L.). Le liquide céphalo-rachidien chez les délirants chroniques, 109.
—, PUECH (P.) et BELEY (André-P.-L.). Tumeur frontale opérée depuis plus d'un an, 278.
—. V. *Marchand.*
—. Les azotémies d'origine nerveuse, 718.
COURVILLE (Cyril B.). V. *Rand.*
CRAENE (Ern. de). Les psychoses post-traumatiques, 462.
CRICHTON-MILLER (H.). V. *Menq.*
CRISTINI (R.). Tabo-paralysie précoce, 879.
CROUZON (O.). Hérédité des maladies mentales et nerveuses, 525.
CUBAS (Maximo-A.). V. *Ferrer.*
CULLERRE (Mlle E.). *Discussion,* 636.
CUTLER (Elliott-C.) et LEVINE (Samuel-A.). La douleur angineuse et son traitement chirurgical, 322.

D

DAGNELIE (J.). Sclérose en plaques aiguë chez l'enfant, 290.
DALSACE (Jean). Ménopause et pseudo-ménopause, 525.
DAMESHEK (William), MYERSON (Abraham) et LOMAN (Julius) avec STEPHENSON (Caroline). Les effets de l'amytal sodique sur le métabolisme, 723.
DANIELOPOLU (D.) et RADOVICI (A.). Le mécanisme des mouvements involontaires, 855.
DANIELS (G.-E.). Névroses associées aux troubles gastro-intestinaux, 878.
DARCOURT (G.). L'infiltration plexulaire de solution stabilisée d'iodure de sodium, 725.
DAUMEZON (Georges). La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés, 514.
DAVID (M.), RENARD (G.) et FONT-REAULX (P.). Méningiome olfactif, 129.
—, MAHOUDEAU (D.) et ELIADES (C.). Méningiome olfactif ; résection des deux pôles frontaux, 130.
DAVIDSON (G.-M.). La cause de la mort dans certaines psychoses, 698.
DEJEAN (Ch.). Les tumeurs rétiniennes de type cérébral, 467.
DELACROIX (H.). V. *Dumas.*
DELAITRE. V. *Laignel-Lavastine.*
DELAY (J.-P.-L.). Les astéréognosies, 675.
DELFIN (C.). La réaction de Donaggio dans la démence précoce et quelques formes mentales, 716.
DELLAERT (R.). V. *Nyssen.*
DELMAS (Ach.). *Discussion,* 251, 265, 267, 268.
DELMAS-MARSALET. Lobe frontal et équilibre, 479.
—— et BOGAERT (L. van). Myoclonies rythmiques continues après intervention chirurgicale sur le tronc cérébral, 664.
DEPARIS (M.). V. *Garcin.*
—. V. *Beaudouin.*
DEREUX (J.). Les encéphalites pseudo-tumorales, 468.
DEROMBIES (Mlle). V. *Capgras.*
—. L'illusion de Sosie, forme de méconnaissance systématique, 137.
DESNEUX (J.). Les réactions de Bordet-Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs du névraxe, 468.
DESRUELLES (Maurice) et GARDIEN (Pierre). Consanguinité et troubles mentaux, 168.
—, MASSON-CHIARLI (Mme A.), GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme M.-P.) et GARDIEN (P.). Le chlorure de sodium hypertonique intraveineux dans les anorexies mentales, 448.
—. Projet d'assistance aux enfants anormaux, 884.
DEVALLET (Jacques). La paralysie générale chez l'enfant, 503.
DEWULF (A.). Maladie de Pick avec lésions prédominantes des noyaux gris de la base, 134.
DIAZ FLOREZ (J.-M.). V. *Alvarez Sala.*
DIDE (Maurice). L'hystérie et l'évolution humaine, 500.
DIJCKMANS. V. *Bogaert.*
DIVRY (P.). Anatomie pathologique de la maladie de Pick, 132.
—, TITECA (J.) et VERMEYLEN (G.). Atrophie de Pick, 132.
—, LEY (J.) et TITECA (J.). Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante, 133.
— et EVRARD. Algie rebelle, 143.
—. Lésions du cerveau sénile, 308.
—. Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus, 522.
—. Lésions séniles au niveau de l'hypothalamus, 667.
— et EVRARD. Paralysie saturnine, 670.
DOGLIOTTI (G.-C.). V. *Bastai.*
DONAGGIO (A.). Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal, 480.
DONNADIEU (A.). Traitements arsenicaux et syphilis nerveuse, 768.
DONNADIEU de VABRES. *Discussion,* 90, 91, 92.

©BIUM

DORÉMIEUX. V. *Dublineau.*
DOROLLE (P.). La paralysie générale et les psychoses syphilitiques en Cochinchine, 695.
DOTSENKO (M.-J.). V. *Plotitcher.*
DRAPER (G.). V. *Touraine.*
DREYFUSS-SÉE (Mlle G.). V. *Claude.*
DRINKER (C.-K.). V. *Canavan.*
DROHOCKI (Z.). Les mécanismes de base de la réaction psychosique, 679.
DUBLINEAU (J.). *Discussion,* 108, 626, 656.
— et TARBOURIECH (L.). L'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal, 311.
— et DORÉMIEUX. Acétylcholine et épilepsie, 626.
—. Valeur, au point de vue syphilis, des réactions biologiques liminaires, 637.
—. L'hémolyse dans le dépistage des psychopathies syphilitiques frustes, 644.
—. V. *Claude.*
DUCOUDRAY. V. *Riser.*
—. L'assistance psychiatrique aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne, 312.
—. V. *Trillot.*
DUGUET (J.). V. *Pommé.*
DUMAS (Georges). *Discussion,* 91, 101, 790, 830.
—, BLONDEL (Ch)., CLAPARÈDE (E.), DELACROIX (H.), PIÉRON (H.), POYER (G.), REVAULT D'ALLONNES (G.). Nouveau traité de psychologie, T. IV. Les fonctions et les lois générales, 491.
DUPOUY (Roger). Les aliénés en liberté, 12.
DUVAL (Pierre), LHERMITTE et VERMES. Ramollissement cérébral à double foyer symétrique consécutif à la ligature d'une jugulaire, 285.

E

ECKEL (John-L.). V. *Winkelman.*
EIS (Benjamin-M.). V. *Cohen.*
ELIADES (C.). V. *David.*
ELMGREN (J.). Le problème fonctionnel de la mémoire, 842.
EMDIN (P.-I.). Ponction de la citerne dans le typhus exanthématique et étude du liquide céphalo-rachidien, 323.
ENCAUSSE (Philippe). Sciences occultes et déséquilibre mental, 503.
ENGERTH (G.) et URBAN (H.). Les fonctions artistiques perturbées dans l'aphasie sensorielle, 694.
EPSTEIN (A.-L.). La conscience onirique, 682.
ERICKSON (Milton-H.). Amélioration concomitante organique et psychologique dans la schizophrénie, 690.
ERSKINE HOWIE (J.). Usage du pyrifer, 324.
ESERSKY (J.-M.). V. *Plotitcher.*
EVRARD. V. *Divry.*
EY (Henri). V. *Picard.*

F

FABRE (E.). Accident peu connu du barbiturisme, 866.
FERRER (Conrado-O.) et CUBAS (Maximo-A.). Les haines familiales, 680.
FEUILLET. V. *Courbon.*
FEYEUX (Mlle A). V. *Froment.*
FIDELHOLZ (L.-G.) V. *Propper.*
FINKELSTEIN (Z.). et KACZYNSKI (M.). Le symptôme de Rossolimo, 702.
FONT REAULX (P.). V. *David.*
FOREL (O.), SPEK (van der). L'hygiène mentale et la presse, 459.
FORMAN (J.). Epilepsie anaphylactique, 861.
FORTINEAU (J.). V. *Marchand.*
— et PETIT (Mlle P.). Délire à quatre, 787.
FOUNDILER (R.-J.) et SMIRNOVA (Mme E.-J.). L'épilepsie infantile, 858.
FOURESTIER. V. *Tinel.*
FOURMANOW (A.-M.). V. *Plotitcher.*
FOX (J.-C.). V. *Cough.*
FRANÇOIS (J.). Zona ophtalmique et paralysie oculaire, 845.
FREEMAN (H.). La durée de la circulation brachio-carotidienne, 714.
FREMONT-SMITH (Frank). L'influence prédisposante de l'émotion sur les crises épileptiques, 142.
FRIBOURG-BLANC. *Discussion,* 101, 636, 657.
— et GAUTHIER. La pratique psychiatrique dans l'Armée, 671.
FRIEDMANN. V. *Tinel.*
FRISCH (F.). Métabolisme et épilepsie, 473.
FRITZSCHE (R.). Une forme familiale d'oligophrénie, 697.
FROMENT (J.), CHANIAL (G.) et MIR SÉPASSY. L'hystérie ancienne faisait-elle du simili-diencéphale et du simili strié ? 304.
—. Les symptômes objectifs caractéristiques des divers syndromes striés, 307.
—, CHANIAL (G.) et FEYEUX (Mlle A.). Répercussivité émotive et spasmes hypertoniques des syndromes, 307.

©BIUM

G

GALBRAITH (Hugh-M.). V. *Henry.*
GALLY (L.). V. *Haguenau.*
GARCIN (Raymond) et KIPFER (Marcel). Réaction pupillaire tonique à la convergence et immobilité à la lumière au cours d'une paralysie de la 3e paire, 125.
—, DEPARIS (M.) et HADJI DIMO. Hémiplégie spasmodique avec atrophie musculaire tardive considérable, 125.
— et HUGUENIN (R.). Le syndrome métastatique aigu des tumeurs secondaires du cerveau, 284.
—, PETIT-DUTAILLIS et BERTRAND (I.). Compression médullaire par épidurite staphylococcique chez une diabétique, 284.
—. V. *Bourguignon.*
— et BERTRAND (I.). Syndrome thomsénien et myxœdème, 284.
GARDIEN (Pierre). V. *Desruelles.*
— et GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme P.). La vagotonine dans les états anxieux, 313.
—. V. *Castin.*
GARDIEN-JOURD'HEUIL (Mme P.). V. *Gardien.*
—. V. *Desruelles.*
—. La vagotonine dans les états anxieux, 515.
GAUPERT (Henri). Paralysies associées des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne, 511.
GAUTHIER. V. *Lhermitte.*
GAUTHIER. V. *Fribourg-Blanc.*
GEHUCHTEN (P. van). Tumeurs cérébrales à symptomatologie d'abcès du cerveau, 469.
—. Aphasie post-opératoire, 670.
GELMA (Eugène). La dépression mélancolique d'Ovide, 685.
GEORGI (F.). Excitation et résorption du liquide céphalo-rachidien, 477.
GEREETZOFF (M.). La région du Lemniscus latéral et ses commissures, 308.
GÉVAUDAN (Mlle Y.). V. *Baruk.*
GIAMULI (F.). Les tumeurs du mésocéphale, 704.
GILDEA (E.-F.). V. *Zimmerman.*
GIORGINI (R.). La théorie des réflexes conditionnels, 853.
GIROUD (A.). L'hérédité des caractères acquis, 712.
GLEY (Pierre). V. *Binet.*
GOIFFON (R.). V. *Simon.*
GOLDSTEIN (K.). Lobes frontaux et fonctions psychiques, 479.
GONZALO (J.). Les types de motilité, 855.
GORDON (Alfred). Lésions du lobe frontal avec manifestations cérébelleuses, 703.
—. Les troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes craniens, 745.
GORRITI (F.). La thérapeutique infinitésimale en psychiatrie, 321.
—. Intuition délirante mystique, 684.
GOTTEN (Nicholas) et PATTEN (Clarence A.). Les illusions du spiritualisme, 684.
GOURIOU. *Discussion,* 91, 92, 101.
GRANDPIERRE (R.). V. *Rouquier.*
GREBELSKAJA-ALBATZ (L.). La schizophrénie chez les jeunes enfants, 689.
GREEFF (Etienne de). Menaces de mort chez le schizoïde et défense sociale, 147.
—. Les criminels immoraux, 843.
GRIFFITHS (Gwenvron-M.). Le calcium dans l'épilepsie, 719.
GRIGORESCO. V. *Marinesco.*
GROENEVELD (A.). L'autorité dans la vie de l'enfant, 311.
—. La psychologie du travail, 311.
GRUNINGER (Charles). Les complications nerveuses de la rougeole, 511.
GUILIAROWSKY (V.-A.). Les nœuds du problème des névroses, 139.
GUILLAIN (G.), MOLLARET (P.) et BERTRAND (I.). Polio-encéphalite aiguë chez un enfant, 659.
—, BERTRAND (Ivan) et LEREBOULLET (Jean). Hydrocéphalie par lésion systématisée des plexus choroïdes, 660.
—, BERTRAND (Ivan) et LEREBOULLET (Jean). Abcès mycosique du lobe frontal, 660.
—, BERTRAND (I.) et ROUQUES (L.). Affection dégénérative pallidodentelée, 661.
GUILLAUME (P.). V. *Alajouanine.*
—. V. *Martel.*
—. L'appréhension des figures géométriques, 666.
GUIRAUD (Paul). *Discussion,* 266, 446, 455, 805.
— et BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). Maladie de Pick au début et itérations verbales et graphiques, 597.
— et NODET (Ch.-H.). Les syndromes sensitifs chez les paralytiques malarisés, 779.
GÜNTHER (H.). Les paralysies dans l'hémophilie, 708.
GUYOT (Paul). V. *Abély (Paul).*

©BIUM

H

HADJI DIMO. V. *Garcin.*
HAENE (A. de). Tumeur cérébrale à évolution rapide, 134.
—. Connexions thalamo-corticales, 309.
—. Tumeurs de la couche optique à symptomatologie cérébelleuse, 469.
HAGUENAU. V. *Coste.*
—, GALLEY (L.) et LICHTENBERG (D.). Le traitement radiothérapique des algies, 322.
—. Le traitement de la sciatique, 527.
—. V. *Villaret.*
HAMBURGER (Jean). V. *Pasteur Vallery-Radot.*
HANDLEY (Richard). Les barbiturates dans l'épilepsie, 320.
HARTENBERG (P.). Le vaginisme névropathique, 852.
—. Les convulsions infantiles, 857.
HAYS (Powell-L.). V. *Adams.*
HÉDOUIN. V. *Quercy.*
HEERNU (J.) et MANIL. Troubles mentaux et tumeur du 3e ventricule, 306.
— et VERMERSCH. Le dinitrophénol dans les états dépressifs, 312.
HÉGER (Marcel) et VERVAECK (P.). Paralysie générale traumatique, 466.
HELSMOORTEL (J.). V. *Nyssen.*
HENRY (George-W.) et GALBRAITH (Hugh-M.). Facteurs constitutionnels dans l'homosexualité, 679.
—. V. *Kindwall.*
HERMAN (E.) et MACKIEWICZ (J.). Tumeur de la couche optique et du IIIe ventricule avec symptômes choréiques, 704.
HESS (W.-R.). L'hypothalamus et les centres du système nerveux autonome, 482.
HEUCQUEVILLE (G. d') et KAH. L'expertise mentale comparée à trois degrés, 312.
HEUYER (G.). V. *Lhermitte.*
—. Délinquance et criminalité de l'enfance, 301.
—. L'expertise psychiatrique, 529.
— et BOREL (Jacques). Le délire de rêverie, 682.
HOCTOR (E.-F.). V. *Werner.*
HOFFMAN (Harry-F.). Physiothérapie, 722.
HOFFMANN. L'installation de services neuro-psychiatriques dans les hôpitaux généraux, 885.
HOLLANDER (d') et ROUVROY (Ch.). Les cérébrales dans la démence précoce, 307.
HORNET (Th.). V. *Alajouanine.*
HUC (G.). V. *Thomas.*
HUGUENIN (R.). V. *Garcin.*
—. V. *Roussy.*
HUMANN. Troubles mentaux des indigènes du Sahara algérien, 685.

I

INGRAM (W. R.) et RANSON (S. W.). Bulbocapnine. Effets sur les lésions nerveuses centrales, 715.
—, RANSON (S. W.) et BARRIS (R. W.). Le noyau rouge, 856.
ISIDOR. V. *Lhermitte.*
ISRAELI (Nathan). L'avenir chez les chômeurs, les malades mentaux et les sujets normaux en Grande-Bretagne, 883.
IUNGMICHEL (G.). Le dosage de l'alcool dans le sang, 717.
IZIKOWITZ (Zander). La substance réductrice dans le liquide céphalo-rachidien, 715.
IZOD BENNETT (T.). La maladie de Gee, 878.

J

JACKSON (Arthur-H.). Paralysie spastique familiale, 708.
JADOT-DECROLY (Mme J.). L'institut d'enseignement spécial, 287 ; — présentation de malades, 289.
JANET (Pierre). *Discussion*, 99.
—. Réalisation et interprétation, 329.
—. Les débuts de l'intelligence, 490.
JELLIFFE (Smith Ely). Acroparesthésie et quinidine, 723.
—. V. *Notkin.*
JOHNS (G.-A.). V. *Werner.*
JOHNSON (Gertrude). L'éphédrine dans la narcolepsie, 723.
JONESCO-DOLJ. Le projet de Code pénal roumain, 850.
JOUVE (André). V. *Roger.*
JUNG (E.). Psychogénèse des dépressions réactives, 686.

K

KABAKER. V. *Barré.*
KACZYNSKI (M.). V. *Finkelstein.*
—. Réflexe du menton chez les aliénés, 854.
KAGANOWSKAIA (Mme E. L.). Les troubles d'agnosie dans l'encéphalite épidémique, 873.
KAH. V. *Heucqueville.*
KAMÉNÉVA (E.). Les formes légères de la schizophrénie, 565.

©BIUM

KARLSBERG (I.-J.). L'influence de la tuberculose sur le seuil convulsif de l'épilepsie, 143.
KASANIN (J.). La pensée dans la schizophrénie, 687.
—. Schizophrénie chez l'un seulement de jumeaux identiques, 691.
KERFRIDIN. V. *Claude.*
KINBERG (Olof). Problèmes essentiels de criminologie, 518.
KINDWALL (Josef-A.) et HENRY (George-W.). Enveloppements humides et bains prolongés, 722.
KIPFER (Marcel). V. *Garcin.*
KLEIN (R.) et KRAL (A.). Le syndrome amnésique consécutif aux traumas craniens, 871.
KLOTZ (Boris). V. *Laroche.*
KOHLER (L.-H.). V. *Werner.*
KONOWALOFF (N.). Le réflexe de préhension, 702.
KORESSIOS (N.-T.). V. *Laignel-Lavastine.*
KRAINES (S.-H.). La manie de Bell, 691.
KRAL (A.). V. *Klein.*
KREINDLER (A.). V. *Marinesco.*
KRISTENSON (Anders). La localisation du centre médullaire du nerf phrénique, 701.
KRIVY (Miroslav). Hyperidrose limitée à la face avec astasie pithiatique, 857.
KRONFELD (Arthur), MULLER (Adolf) et REINER (Rolf-C.). Recherches avec l'autotonographe, 713.
KUDELSKI. *V. Ameuille.*

L

LADAME (Charles), MOREL (Ferdinand) et MONTMOLLIN (Robert de). Traitement de la paralysie générale par l'électropyrexie, 324.
LAFORA (Gonzalo-R.). Le sommeil prolongé dans une névrose réactive hyperkinétique, 724.
—. L'orientation neurologique en psychiatrie, 851.
LAGACHE (D.). *Discussion,* 79, 222, 225, 277, 610.
—. V. *Caron.*
—. V. *Claude.*
—. Les hallucinations verbales et la parole, 498.
LAIGNEL-LAVASTINE et DELAITRE. Psychasthénie avec état de mal obsessionnel, 218.
—. *Discussion,* 229.
— et TRIVAS (Mary). L'auto-observation d'un tabétique de qualité, 710.
— et BERLIOZ (Ch.). L'obsession chez Rainer Maria Rilke, 729.
— et KORESSIOS (N.-T.). Sclérose en plaques probablement familiale, 838.
— et KORESSIOS (N.-T.). Les troubles du métabolisme des lipoïdes phosphorés dans la sclérose en plaques, 838.
— et LIBER (Amour-F.). Troubles cutanés et nerveux chez les conducteurs de moteurs Diesel, 868.
LAMY. V. *Sainton.*
LANG (Théo). Rapports de la radioactivité et du goitre 882.
LAPLANE (R.). V. *Pagniez.*
LAROCHE (Guy) et KLOTZ (Boris). La diiodotyrosine dans la maladie de Basedow, 321.
LARROSA HUELGUERA (Rufino-A.). V. *Mussio Fournier.*
LARUELLE. Centres végétatifs bulbaires, 129.
LATTES. Suicide masqué, 465.
LAUGIER (H.), TOULOUSE (E.), et WEINBERG. Biotypologie et classification scolaire, 318.
—. V. *Piéron.*
LAUNAY (C.). V. *Lesné.*
LAUTIER (R.). La vaccinothérapie de la chorée de Sydenham, 527.
LAUZIER (Jean). V. *Raynier.*
LECONTE (M.). V. *Courbon.*
—. V. *Badonnel.*
—. V. *Pichard.*
LE GROS CLARK (W.-E.) Ontogénie de l'hypothalamus, 482.
LEMAIRE (A.) et BIOY (E.). L'acétylcholine dans le traitement des accidents de la ponction lombaire, 721.
LEMANT (J.). V. *Chavany.*
LENNOX (W.-J.). Physio-pathologie de l'épilepsie, 473.
LEREBOULLET (Jean). V. *Guillain.*
LEROY (A.). La diéthylmalonylurée, 843.
LESNÉ, LHERMITTE, LAUNAY (C.) et LOISEL. Myélencéphalie subaiguë avec lésions olivaires cavitaires, 124.
LETARD (E.). La stérilisation chez le mâle, 524.
—. Les conceptions relatives à l'hérédité des caractères acquis en zootechnie, 712.
LEULIER (A.) et POMMÉ (B.). Le potassium musculaire, 720.
LEVADITI (C.), SCHOEN (Mlle R.) et LEVADITI (Jean). Les encéphalites humaines épidémiques, 876.
LEVIN (Max). Narcolepsie et machinisme, 526.
LEVINE (Samuel-A.). V. *Cutler.*
LÉVY (Gilbert) et PIÉRA (Albert). Encéphalite léthargique grave après un zona, 874.
LÉVY-VALENSI (J.). Mesmer et la suggestion, 305.
—. Syndromes érotomaniaques, 684.

©BIUM

LEY (Aug.). Les méthodes de pathographie historique et biographique, 138.
—. Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire, 305.
—. Les cliniques libres pour malades mentaux en Belgique, 720.
LEY (Jacques). Maladie de Pick, 131.
—. V. *Baonville.*
—. V. *Divry.*
—. Pseudosclérose évoluant depuis 4 ans sans troubles mentaux, 706.
LEY (R.). V. *Borremans.*
LHERMITTE (J.) et ALBESSAR. Syndrome infundibulo-tubérien d'origine traumatique, 121.
— et AJURIAGUERRA. Syndrome hémialgique fruste par ramollissement pariétal, 121.
—. V. *Ameuille.*
—. V. *Lesné.*
— et CLIQUET. Paralysie consécutive à une injection de sérum antitétanique, 127.
—, MÉTENIER et GAUTHIER. Diabète insipide consécutif à une entorse tibio-tarsienne, 284.
—. V. *Duval.*
—, HEUYER et VOGT (Mlle Claire). Glioblastome calcifié sur un cerveau atteint d'isticatypie corticale, 286.
— et NEMOURS (A.). La pachybasie, 286.
—. Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus, 482.
— et NEMOURS (Auguste). Syringomyélie avec chéiromégalie, 662.
—, MOUZON, NEMOURS (Aug.) et ISIDOR. Nanisme myxœdémateux et ateleiose, 840.
—, BEAUJARD et NEMOURS (Aug.). Les effets de la radiothérapie spinale sur les myopathies, 840.
LIBER (Amour-F.). V. *Laignel-Lavastine.*
LICHTENBERG (D.). V. *Babonneix.*
—. V. *Haguenau.*
LIMA. V. *Urechia.*
LIPSZOWICZ (L.). Le réflexe cornéo-mentonnier de Flateau, 701.
LOEPER (M.). Thérapeutique médicale, T. VII. Système nerveux, 517.
LOISEL. V. *Lesné.*
LOMAN (Julius). V. *Dameshek.*
LÓPEZ ALBO (W.). Schizophrénie précocissime ou prépubérale, 689.
LOUDET (O.). La fièvre ondulante comme maladie professionnelle, 851.
LOWENBERG (K.) et WAGGONER (R.-W.). Psychoses familiales organiques du type Alzheimer, 696.

M

MACDONALD CRITCHLEY. L'épilepsie réflexe, 861.
MAC ERLEAN (D.-A.). Quelques aspects du suicide, 698.
MACKIEWICZ (J.). V. *Herman.*
MAHOUDEAU (D.). V. *David.*
MAÏER (C.). Bases du traitement de l'épilepsie par les dérivés borés, 320.
MAÏER (Hans). Expérience pratique de stérilisation en Suisse, 318.
MALKIN (P.-F.). La malariathérapie des affections neuro-psychiques, 516.
MALLET (Raymond). La démence, 496.
MANIL. V. *Heernu.*
MARCHAND (L.). *Discussion*, 225, 609, 643, 787.
—, FORTINEAU (J.) et PETIT (Mlle). Dépression mélancolique périodique et troubles fonctionnels des membres supérieurs, **225.**
—, FORTINEAU (J.) et PETIT (Mlle). Syndrome de démence précoce. Réactions biologiques syphilitiques, **230.**
— et COURTOIS (A.). Les Encéphalites psychosiques, 497.
— et COURTOIS (A.). Syndrome de Parkinson encéphalitique datant de 14 ans, **791.**
MARCUS (Henry). La localisation du centre du goût, 141.
—. Epilepsie avec aura gustative, 862.
MARESCHAL (Pierre). L'olive bulbaire, 673.
MARINESCO (G.) et GRIGORESCO. Maladie de Nicolas Favre. Guérison d'une paraplégie flasque post-vaccinothérapique, 120.
—, KREINDLER (A.) et COPELMAN (Louis). Interprétation physiologique du test de Rorschach, 681.
— et KREINDLER (A.). Langage, Aphasie et Réflexes conditionnels, 693.
MARKUSZEWICZ (R.). L'organisation « phallique » de l'instinct sexuel, 699.
MARQUET (G.). V. *Picard.*
MARTEL (Th. de) et GUILLAUME. Instrument pour prendre la tension intraventriculaire, 286.
— et GUILLAUME. Tumeur frontale sans signes de localisation, 662.
— et GUILLAUME. Tumeurs du cervelet, 662.
MARTIMOR (E.). L'autodidactisme en pathologie mentale, **112.**
MARTIN (E.) et MOURET (V.). Le sauvetage de l'enfance et de l'adolescence en danger physique et moral, 847.

©BIUM

MARTIN (P.) et BOGAERT (L. van). Syndrome tumoral avec hyperthermie et troubles viscéraux par méningo-encéphalite tuberculeuse basilaire, 471.
—. V. *Bogaert*.
MASSON (Jean). V. *Barré*.
MASSON-CHIARLI (Mme A.). V. *Desruelles*.
MASPES (Paolo-Emilio) et VISINTINI (Fabrio). La chronaxie dans le syndrome catatonique, 714.
MASSERMAN (Jules-H.). Facteurs psychogénétiques dans quelques épilepsies, 861.
MAUCLAIRE (P.). Nécessité de l'injection préventive de sérum antitétanique, 321.
—. Technique chirurgicale de la stérilisation chez le mâle, 527.
MAY (Raoul-M.). Transplantation des glandes sexuelles, 524.
MC COWAN (Muriel L. M.). V. *Stöm-Olsen*.
MC KAIG (Carle-B. et WOLTMAN (Henry W.). Complications neurologiques de la parotidite épidémique, 877.
MC LEAN (A.-J.). Epilepsie automatique, 859.
MEDYNSKI (L.). Névroses traumatiques et capacité au travail, 148.
MEISSNER (J.). Les psychoses préséniles et séniles, 696.
MELCHER (Anton). L'encéphalite dans l'endocardite lente, 876.
MENQ (Heinrich), CRICHTON-MILLER (H.). Punition et contrainte dans la famille et à l'école, 458.
MERENLENDER (J.) et ZAND (Mme N.). Sclérémie avec symptômes nerveux, 708.
MÉTALNIKOV (S.). Les réflexes conditionnels dans l'immunité, 853.
METENIER. V. *Lhermitte*.
MINKOWSKI (E.). *Discussion*, 657, 829.
MINKOWSKI (M.). Anatomie pathologique de l'épilepsie, 474.
MINOVICI et STANESCO (J.). Le crime passionnel chez les traumatisés du crâne, 465.
MIR SÉPASSY. V. *Froment*.
MIRA Y LOPEZ (Emilio). Manuel de Psychiatrie, 504.
MIRTOWSKY (N.-V.) et OUSATCHEW (R.-I.). Signes initiaux ou précoces de scélore disséminée, 707.
MOLINE (Roger). Les accidents cutanés barbituriques, 144.
MOLLARET (P.). V. *Guillain*.
MONIZ (Egas) et LIMA. Pseudo-angiomes calcifiés du cerveau. Maladie de Knud-Krabbe, 122.
—. Les hématomes sous-arachnoïdiens et les anévrysmes cérébraux, 709.
MONNIER (Marcel). Narcolepsie et tremblement avec rigidité musculaire, 266.
MONTMOLLIN (Robert de). V. *Ladame*.
MOREAU (Marcel). Syndrome de Stewart-Morel, 142.
MOREL (Ferdinand). V. *Ladame*.
—. Les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du délirium tremens, 683.
MORICARD (René). La formation du corps jaune après injections d'hormones dites antéhypophysaires, 521.
MORSIER (G. de). Pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes, 304.
—. La prostigmine dans le traitement de la myasthénie, 313.
MOSINGER. V. *Roussy*.
MOURET (V.). V. *Martin*.
MOUZON. V. *Lhermitte*.
MULLER (Adolf). V. *Kronfeld*.
MULLINS (Claude). Comportement vis-à-vis du délinquant sexuel, 528.
MUNN (Charlotte). La stupeur. Un cas ayant duré 12 ans, 687.
MUSKENS (L.-J.-J.). Traitement hospitalier et traitement général de l'épilepsie, 474.
MUSSIO FOURNIER (J.-C.) et LARROSA HELGUERA (Rufino-A.). Narcolepsie et cataplexie postencéphalitique, 875.
MYERSON (Abraham). V. *Dameshek*.

N

NACHT (S.). Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité, 506.
NASPES (P.-E.). Recherches pneumo-encéphalographiques, 854.
NAVILLE (F.) et BRANTMAY (H.). Les équivalents épileptiques chez les enfants, 858.
NELKEN (J.). Schizophrénie atténuée, 688.
NEMOURS (A.). V. *Lhermitte*.
NETTER (Arnold). Encéphalite zostérienne, 877.
NÈVE. Modifications syphilitiques céphalo-rachidiennes sans symptômes neuro-psychiques, 667.
NEYMANN (Clarence-A.) et OSBORNE (S.-L.). Traitement des scléroses multiples par l'électropyrexie, 323.
—. La psychanalyse de la psychose maniaque-dépressive, 699.
NIESSL von MAYENDORF. La cécité psychique, 872.
NODET (Ch.-H.). V. *Guiraud*.
NOEL (R.). V. *Pommé*.

©BIUM

NORWOOD EAST (W.). Les aspects médicaux du crime, 147.
NOTKIN (J.) et JELLIFFE (Smith-Ely). Les narcolepsies, 875.
NYSSEN (R.) et HELSMOORTEL (J.). Agueusie traumatique et auto-suggestion, 308.
. V. *Bogaert*.
—, DELLAERT (R.) et BUSSCHAERT (R.). Maladie de Parkinson. « Tremblement de repos » et « tremblement d'action », 310.
— et BOGAERT (Ludo van). La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée, 703.

O

OBERE (S.). Les réactions psychosiques liées à l'organisation des établissement psychiatriques, 884.
OBRADOR ALCADE (S.). V. *Prados y Such*.
ODOBESCO (Grégoire-I.) et VASILESCO (H.). Syndrome hypophysaire et épilepsie postclimatérique, 760.
OGOURTZOWA (Mme A.-S.). Histologie et clinique du spongioblastome, 317.
OLINTO (Plinio). Psychologie, 494.
OLLIVAUD (Mme A.). Les origines intellectuelles du jardin d'enfants, 495.
OLLOZ (M.). Ophtalmoplégie totale unilatérale, 703.
OLMER (D.) et AUDIER (M.). L'intoxication aiguë par les barbituriques, 865.
— et AUDIER (M.). L'intoxication barbiturique dans la pratique hospitalière, 866.
ORLANDO. V. *Piñero*.
ORMEA (d') et BROGGI. Le « phénomène d'obstacle » de Donaggio chez les malades mentaux, 716.
ORTEGA (L.). V. *Valenciano*.
ORZECHOWSKI (K.). Le rôle du système nerveux végétatif dans la pathogénèse de l'épilepsie, 474.
OSBORNE (S.-L.). V. *Neymann*.
OSMAN (Mazhar). Paralysie générale et syphilis, 306.
OUSATCHEW (R.-I.). V. *Mirtowsky*.
OVERHOLSER (Winfred). La loi Briggs dans le Massachusetts, 528.

P

PACHECO E SILVA (A.-C.). Les paraphrénies, 685.
PAGNIEZ (P.-R.) Le traitement de l'épilepsie, 319.
—, PLICHET (A.) et LAPLANE (R.). Nouvelle forme d'épilepsie expérimentale : par parasites cutanés, 861.
— et SALLES (P.). Pathogénie de l'épilepsie, 862.
—. Le rôle du système neuro-végétatif dans l'épilepsie, 862.
PALAZZOLI. L'impuissance sexuelle chez l'homme, 517.
PARDAL (R.). V. *Balado*.
PARDEE (Irving-H.). Syndrome basophile de la pituitaire, 523.
PARFITT (D.-N.). Psychoses associées à l'anémie pernicieuse, 691.
PARKER (Harry-L.). Encéphalopathie traumatique des pugilistes professionnels, 869.
PASCAL (Mlle) et VIÉ (J.). Dynamie fonctionnelle hébéphrénique, 307.
—. Chagrins d'amour et psychoses, 501.
PASKIND (Harry-A.). Relations entre la migraine, l'épilepsie et quelques autres désordres neuro-psychiatriques, 863.
PASTEUR VALLERY-RADOT et HAMBURGER (Jean). Pathogénie de la migraine, 864.
— et HAMBURGER (Jean). La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique ? 864.
PASTUREL et VIÉ (J.). La colonisation familiale en France, 312.
PATERSON (Arthur-S.). La profondeur et le rythme de la respiration normale dans les psychoses, 713.
PATTEN (Clarence-A.). V. *Gotten*.
PAUL-BONCOUR (G.). La paresse chez l'écolier, 879.
PÉCHOUX (R.). V. *Pommé*.
PEKELIS (Emmanuele). V. *Roger*.
PELLACANI (G.). La composante neuro-végétative des états anxieux, 852.
PENARA (C.). Les formes nerveuses organo-psychogènes associées, 851.
PENFIELDS. Les épilepsies : thérapeutique chirurgicale, 474.
PEREIRA da SILVA (C.). V. *Yahn*.
PETIT (Mlle). V. *Marchand*.
— V. *Fortineau*.
—. V. *Simon*.
PETIT-DUTAILLIS. V. *Garcin*.
PEVZNER (M.-S.). Le développement de l'enfant post-encéphalitique, 697.
PFERSDORFF (C.). Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique, 1.
—. V. *Weill*.
PFISTER (H.-O.). Couleur et mouvement dans les dessins des malades mentaux, 681.
PICARD (Jean). Exhibitionnisme pur type Lasègue et par carence sexuelle, 92.
—. *Discussion*, 445, 455.

©BIUM

—. Délire hallucinatoire chronique déterminé par une fulguration atmosphérique, **619**.
—, Ey (Henri) et Marquet (G.). L'acétylcholine dans certaines manifestations épileptiques, **629**.
Pichard (H.), André (Yv.) et Leconte (M.). Paralysie générale infantile parvenue au stade juvénile, **805**.
Piéra (Albert). V. *Lévy*.
Piéron (H.). La technique des examens et la nécessité d'une « docimologie », 316.
—. V. *Dumas*.
—, Piéron (Mme H.) et Laugier (H.). Comparaison du certificat d'études avec une épreuve par tests, 880.
Piéron (Mme H.). V. *Piéron*.
Pierson (C.-A.). Tumeur cérébrale du lobe pré-frontal remarquablement tolérée, 704.
—. Grand spasme de torsion, dystonie d'attitude, kinésie paradoxale et dystonie spastique, 705.
—. Ossification fragmentaire de la faux du cerveau chez un paralytique général, 711.
Pinero et Orlando. La maladie de Pick, 697.
Pinto Cesar (Edgar). La nosologie psychiatrique sur des bases nouvelles, 678.
Pintus (Giuseppe). La palilalie chez les mélancoliques, 686.
Pires (Waldemiro). Tabes et psychose, 695.
—. Epilepsie extra-pyramidale et sous-corticale, 863.
Pitha (V.). Hypertrophie musculaire d'origine centrale, extrapyramidale, 126.
Pizarro Crespo (Emilio). Allergies et Anaphylaxies, 676.
Plichet (A.). V. *Pagniez*.
Plotitcher (A.-J.), Esersky (J.-M.), Fournanow (A.-M.) et Dotsenko (M.-J.). Traumatisme neuro-psychique de l'enfant, 692.
Pommé (B.) et Noel (R.). La zone de jonction myoneurale, 700.
— et Duguet (J.). Physiologie du nerf grandhypoglosse, 700.
— et Péchoux (R.). Les subluxations de la colonne vertébrale, 710.
—. V. *Leulier*.
—. Diagnostic des tumeurs cérébrales, 868.
Posthumus (S.-D.). V. *Zeckel*.
Poyer (G.). V. *Dumas*.
Prados y Such (M.) et Obrador Alcade (S.). Les mécanismes régulateurs de la crise dans l'épilepsie, 859.
Propper (N.-I.) et Fidelholz (L.-G.). Mécanisme nerveux de la crise convulsive dans l'épilepsie, 859.
Prout (Curtis T.) et Ziegler (Lloyd H.). Etudes de psychobiologie, 316.
Puech (P.), Rappoport (Mlle) et Brun (M.). Hémorragie intra-ventriculaire, 127.
—. V. *Courtois*.
— et Stuhl (L.). Adénomes de l'hypophyse, 711.
—. Les tumeurs de l'hypophyse, 881.
— et Stuhl (L.). Radiologie des tumeurs hypophysaires, 881.
Puusepp (L.). La symptomatologie des calcifications des cartilages intervertébraux, 311.

Q

Quercy (Pierre). Mécanisme des visions mystiques, **546**.
—. Les hallucinations volontaires, 683.
— et Hédouin. L'hallucination continue auditive verbale, 683.
—, Boucaud (de) et Hédouin. La paralysie générale à Bordeaux à l'asile de 1924 à 1934, 695.
— et Hédouin. L'analgésie hystérique chez les malades d'asile, 857.
Quéron (P.). V. *Vié*.
Quinan (C.). L'écriture des criminels, 848.

R

Radermecker. Traumatisme cérébral et gliome, 467.
Radovici (A.). V. *Daniélopolu*.
Radulescu-Motru (C.). L'intuition du temps, 314.
Raglan. Le Tabou de l'inceste, 505.
Raiga (E.). L'abandon des logements d'aliénés, 319.
—. Le secret professionnel dans les Asiles, 725.
Ramirez Moreno (S.). Forme paranoïde de la schizophrénie et délires systématisés hallucinatoires, 690.
Ramón Beltrán (Juan). Capacité civile et épilepsie, 529.
Rand (Carl-W.) et Courville (Cyril B.). Modifications histologiques du cerveau dans les cas mortels de trauma de la tête, 317.
Randoin (Mme L.) et Simonnet (H.). Relations entre l'alimentation et les processus sexuels, 524.
Ranson (S. W.). V. *Ingram*.
Rappoport (Mlle). V. *Puech*.
Rasmussen (A.). Le rôle d'attentats sexuels sur des enfants de moins de 14 ans, 849.
Rayneau. *Discussion*, 79.

©BIUM

RAYNIER (Julien) et LAUZIER (Jean). La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des Asiles d'aliénés, 135.
RÉBORA G. (Fernando). Syndrome d'obsession, 684.
REINER (Rolf C.). V. *Kronfeld.*
RENARD (G.). V. *David.*
RENATO CRISTINI. Tabo-paralysie précoce, 879.
RENET (M.). Le bégaiement, 852.
REPOND (André). Psychologie et psychopathologie de l'automobilisme, 34.
RATEZEANU (Mme Alex). V. *Urechia.*
REVAULT d'ALLONNES (G.). V. *Dumas.*
REY (André). L'intelligence pratique chez l'enfant, 494.
RISER (M.-M.) et DUCOUDRAY. Les hallucinations dans l'hypertension cranienne, 306.
—. Pression, production et résorption du liquide céphalo-rachidien, 477.
RIVOIRE (R.). Hypophyse et thyroïde, 882.
ROEMER (H.). Adaptation de l'hôpital aux besoins de l'hygiène mentale, 883.
ROGER (G.-H.), WIDAL (Fernand), TEISSIER (P.-J.). Nouveau traité de Médecine. Pathologie du système nerveux, 510.
— et BINET (Léon). Traité de physiologie normale et pathologique. Physiologie nerveuse, 675.
ROGER (Henri), ALLIEZ (Joseph) et JOUVE (André). Syndrome d'adiposité du tronc et de la tête avec métastase néoplasique, 128.
—, ALLIEZ (J.) et JOUVE (A.). Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie infantile, 310.
— et PEKELIS (Emmanuele). Les réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien au cours des tumeurs cérébrales, 716.
—, ARNAUD (Marcel) et JOUVE (André). Tumeur kystique du vermis et crise de tétanie décelée par une ventriculographie, 841.
ROGUES DE FURSAC (J.). La pathologie dans l'histoire. Un frère de Richelieu, 537.
ROMEUF. Angine de poitrine et sympathicotonie, 856.
ROSSANO (R.). V. *Alajouanine.*
ROUART. V. *Capgras.*
—. V. *Claude.*
ROUBINOVITCH (Jacques). La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile, 529.
ROUQUES (L.). V. *Guillain.*
ROUQUIER (A.) et GRANDPIERRE (R.). Physiologie des clonus du pied, 123.
—. Les encéphalites psychosiques, 305.
—. L'astasie-abasie trépidante, 308.
ROURA Y PATELLA (Juan). Pédagogie de l'éducation sexuelle, 526.
ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). Les îlots paramalpighiens de l'hypophyse humaine, 122.
—. Le système réticulaire du névraxe, 129.
—, HUGUENIN (René) et BOUCABEILLE (Mlle). Syndrome bilatéral du tronc lombo-sacré par métastase cancéreuse, 840.
ROUVROY (Ch.). V. *Hollander.*
ROUX (J.-Ch.). V. *Simon.*
RUBENOVITCH (P.). V. *Claude.*

S

SAINTON (Paul). L'iode dans les goitres, 321.
—. Hérédité endocrinienne, 520.
— et LAMY. Le diagnostic des hyperthyroïdies par un test électrique, 520.
SALLES (P.). V. *Pagniez.*
SALLET (J.). V. *Baudouin.*
SALVADORE di MAURO. L'épreuve de Förster dans le diagnostic de l'épilepsie, 720.
SAMUCHIN (N.-B.), BIRENBAUM (G.-B.) et WYGOTSKY (L.-S.). La démence au cours de la maladie de Pick, 696.
SAND (René). L'association de la médecine légale et de la médecine sociale, 464.
SANO (F.). V. *Corberi.*
SANTENOISE (D.) et VIDACOVITCH (M.). Action de l'eau de Vittel-Hépar sur le système organo-végétatif, 722.
SANTIAGO RAMIREZ. La syphilis, cause unique de tabès et de paralysie générale, 695.
SANTOS-RUIZ (A.). V. *Collazo.*
SAUSSURE (R. de). Les sentiments d'infériorité, 556.
SAVITSKY (Nathan). V. *Strauss.*
SCHACHTER (M.). Les polynévrites dites apioliques dues à l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique, 711.
—. Intoxications par l'oxyde de carbone, 867.
—. Psychologie et psychopathologie de la question du génie, 880.
SCHALTENBRAND (C.). La circulation du liquide céphalo-rachidien, 477.
SCHERER (H.-J.) Les gliomes multiples, 467.
—. V. *Busscher.*
SCHIFF (P.). *Discussion*, 230.
—. V. *Toulouse.*
—. Conséquences psychiatriques de la stérilisation chez l'homme, 526.

©BIUM

— et TILLET (Mlle Anne du). Valeur psychiatrique de la différence sexuelle dans le geste du lancer, 699.
—. Les anormaux devant la refonte du Code Pénal, 849.
SCHILDER (Paul). Troubles psychiques consécutifs aux traumatismes craniens, 692.
SCHMIDEBERG (Melitta). Psychonévroses de l'enfance, 141.
SCHMIDT (H.). Les modifications respiratoires au cours de l'encéphalite épidémique, 873.
SCHMITE (Paul). Tubercule cérébral de la région pariétale, 662.
SCHOEN (Mlle R.). V. *Levaditi*.
SCICLOUNOFF (François). L'acétylcholine dans le traitement de l'ictus hémiplégique, 324.
SEBEK (J.). Les crises d'allure hystérique dans l'encéphalite épidémique, 304.
SÉGUY (J.) et VIMEUX (J.). Les stérilités inexpliquées, 524.
SENISE (Tomasso). La sécrétion interne du cervelet, 523.
SÉRIEUX (Paul). Le quartier d'aliénés du dépôt de mendicité de Soissons au XVIII[e] siècle, 677.
SERRA (Piétro). Manifestation rare de nature épileptique, 863.
SGALITZER (M.). Radiothérapie de l'épilepsie, 474.
SIEGMUND (H.). Troubles du tonus et de la motilité digestive chez les encéphalitiques soumis à la cure atropinique, 874.
SILVEIRA (Annibal). Syndrome du lobe frontal, 868.
SIMARRO (J.). L'hypercalcémie, les rhumatismes chroniques et les parathyroïdes, 522.
SIMON (Th.), ROUX (J.-Ch.) et GOIFFON (R.). L'index tyrosine des polypeptides sériques, 101.
—. *Discussion*, 455, 657, 658.
— et PETIT (Mlle P.). Présentation de feuilles d'observation d'aliénation mentale, 831.
—. 300 cas de délinquance juvénile, 846.
SIMONNET (H.). V. *Toulouse*.
—. V. *Randoin*.
SIVADON (P.). V. *Claude*.
SJÖVALL (Einar) et WALLGREN (Arvid). La dégénérescence hépato-lenticulaire, 705.
SMIRNOVA (Mme). Pathogénie, traitement et prophylaxie du bégaiement chez les écoliers, 320.
—. V. *Foundiler*.
SORREL. V. *Thomas* (André).
SOURATE (V.). Le syndrome parkinsonien dans l'intoxication chronique par le manganèse, 875.
SPEK (van der). V. *Forel*.
SPIEGEL (E.) et SPIEGEL-ADOLF (Mme). Mécanisme physico-chimique de la réactivité convulsive, 473.
—. Labyrinthe et Cortex, 853.
SPIEGEL-ADOLF (Mme). V. *Spiegel*.
SPILSBURY (B.). L'application des principes de la physiologie aux problèmes médico-légaux, 848.
STANESCO (J.). V. *Vasiliu*.
—. V. *Minovici*.
STECKEL (Wilhelm). Troubles psychogénétiques de la vision, 140.
STEEGMANN (Albert T.). Les cellules du corps genouillé externe altérées comme dans l'idiotie amaurotique, 711.
STENGEL (Erwin) et ZELMANOVICZ (Josef). L'aphasie motrice polyglotte, 871.
—. L'aphasie de conduction, 871.
STEPHENSON (Caroline). V. *Dameshek*.
STERLING (L.). Les manifestations épileptiques inconnues ou particulièrement rares, 860.
STERLING (W.). Séméiologie des réflexes controlatéraux, 701.
STERN (Mme Lina). La régulation neuro-humorale, 668.
—. Les systèmes nerveux sympathique et parasympathique, 856.
STOLBOUM (D.-É.). Les troubles stéréognosiques, 854.
STÖM-OLSEN (Rolf) et MC COWAN (Muriel L. M.). La narcose prolongée dans les troubles mentaux, 724.
STRAUSS (A.). Théories modernes sur la localisation cérébrale, 853.
STRAUSS (Israël) et SAVITSKY (Nathan). Lésions céphaliques. Aspects neuropsychiatriques, 693.
STUHL (L.). V. *Puech*.
STUMPFL (Friedrich). Prédisposition héréditaire et criminalité, 146.
SUBIRANA (A.). Troubles pithiatiques et maladies organiques, 304.

T

TARBOURIECH (L.). V. *Dublineau*.
TEGLBJOERG (H. P. Stubbe). Problèmes psychiatriques des avitaminoses, 144.
TEISSIER (P.-J.). V. *Roger*.
TELLEZ (Ignacio-Garcia). Les désordres provoqués par l'alcoolisme, 884.
THÉVENARD (A.), CONTIADIS (X.) et AUZEPY (P.). Paralysie totale post-traumatique du plexus brachial, 839.
THIÉBAUT (F.). V. *Chavany*.
THOMAS (André) et SORREL. Aphasie motrice traumatique chez un enfant, 126.

©BIUM

— et Huc (G.). Syndrome caractérisé par un double pied-bot et une double main-bote, amyotrophie remontant à la naissance, 839.
Thurel (R.). V. *Alajouanine.*
Tillet (Mlle Anne du). V. *Schiff.*
Tinel, Fourestier et Friedmann. Les réflexes antagonistes chez les parkinsoniens, 663.
Titeca (J.). V. *Baonville.*
—. V. *Divry.*
Todoranu (Dimitrie). Le caractère ; sa dynamique d'intégration, 315.
Toulouse (E.). V. *Laugier.*
—, Schiff (P.) et Simonnet (H.). Troubles psycho-sexuels chez l'homme et substance « féminine » de l'urine, 440.
—. Le problème de la vieillesse, 880.
Touraine (Grace-A.) et Draper (George). Le migraineux, 864.
Trelles (J.-O.). Les ramollissements protubérantiels, 507.
Trétiakoff (C.). Syndrome de l'aqueduc de Sylvius, 707.
Trillot et Ducoudray. Hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique, 816.
Trivas (Mary). V. *Laignel-Lavastine.*
Tulchin (Simon H.). Etudes cliniques des tests mentaux, 680.

U

Ulrich (A.). Le traitement médicamenteux des états épileptiques, 474.
Urban (H.). V. *Engerth.*
Urechia (C. I.). Syndrome de la calotte pédonculaire et tabes fruste, 122.
— et Retezeanu (Mme Alex). Le glycocolle et les extraits endocriniens dans la myopathie et les myasthénies, 723.

V

Valenciano (L.) et Ortega (L.). L'influence de la morphine sur les mécanismes glyco-régulateurs, 718.
Vanelli (Angelo). Epilepsie et Constitution, 863.
Vanier (Jean). Ce que peut le médecin pour l'enfance anormale, 319.
Vasilesco (H.). V. *Odobesco.*
Vasiliu (T.) et Stanesco (J.). Le délire de revendication sinistrosique, 465.
Vedel (R.). V. *Bertrand.*
Vergara (E.). Le tremblement dans l'épilepsie, 860.
Vermersch. V. *Heernu.*
Vermes. V. *Duval.*
Vermeylen (G.). Maladie de Pick, 132.
—. V. *Divry.*
— et Audet (G.). Le temps de réaction des paralytiques généraux, 306.
—. Les troubles mentaux dans la population bruxelloise, 668.
Vermeylen (P.). La mise en observation suspend-elle les effets du mandat d'arrêt ? 145.
Vernet. V. *Villaret.*
Vervaeck (Louis). Les recherches d'anthropologie criminelle en prison, 146.
—. Les anormaux relevant des sentences de défense sociale, 465.
Vervaeck (Paul). Délinquance et criminalité de l'enfance, 302.
—. V. *Héger.*
—. Ethéromanie et simulation, 466.
Vézin (Ch.). Méthodes générales d'amélioration des races animales, 526.
Vidacovitch (M.). V. *Santenoise.*
Vignes (Henri). Vagotonie et sympathicotonie, 856.
Vié (Jacques). L'organique et le fonctionnel en neuro-psychiatrie, 139.
— et Quéron (P.). La vieillesse de quelques déments précoces, 190.
—. L'idée délirante d'anthropopathie interne, 306.
—. V. *Pascal.*
—. V. *Pasturel.*
—. Indications psychiatriques du placement familial des hommes, 318.
—. V. *Corberi.*
—. Améliorations de certains arriérés entre 16 et 25 ans, 649.
Vigotsky (L.-S.). La pensée dans la schizophrénie, 687.
—. V. *Samuchin.*
Villaret, Hagueneau et Vernet. Syndrome de Tapia chez un traumatisé, 663.
Villey. Psychologie et pédagogie des aveugles, 314.
Vimeux (J.). V. *Séguy.*
Vincent (Cl.). V. *Babonneix.*
—. Ostéome de la base du crâne avec pneumo-encéphalocèle, 127.
—. Hémangiome pariétal, 127.
—. Neuro-chirurgie du lobe frontal, 480.
—. Repérage radiographique pour mettre en évidence le profil du rocher dans les tumeurs de l'angle, 839.
Violet. Glandes génitales et centres nerveux végétatifs, 523.
Visintini (Fabio). V. *Maspes.*
Vitello (Arturo). La glutathionémie chez les épileptiques, 719.
Viti (Vito-Taolo). Les variations biologiques horaires chez les malades mentaux, 713.
Vogt (Mlle Claire). V. *Lhermitte.*
Vurpas. *Discussion,* 222.

©BIUM

W

WAGGONER (R.-W.). V. *Lowenberg.*
WALLGREN (Arvid). V. *Sjövall.*
WEED (L.-H.). Méninges et liquide céphalo-rachidien anatomo-physiologie, 476.
WEIL (Arthur). Histopathologie du système nerveux central dans l'encéphalite épidémique, 316.
WEILL (G.) et PFERSDORFF (C.). Les fonctions visuelles de l'aveugle-né opéré, **367**.
WEINBERG (D.). V. *Laugier.*
—. Dimorphisme psychologique des sexes, 525.
WEINBERG (Max-H.). La lécithine dans la sclérose multiple, 724.
WEIS (M.-M.). V. *Werner.*
WEISENBURG (Théodore-H.). L'aphasie, 694.
VERHAART (W.-J.-C.). L'anencéphalie, 703.
WERNER (A.-A.), JOHNS (G.-A.), HOCTOR (E.-F.), AULT (C.-C.), KOHLER (L.-H.) et WEIS (M.-W.). Mélancolie d'involution, 687.
WESTERMANN (A.-J.). Psyché-esprit et âme, 315.
WIDAL (Fernand). V. *Roger.*
WICERS (Frithjof). Jumeaux univitellins discordants en ce qui concerne la schizophrénie, 690.
WINKELMAN (N.-W.) et ECKEL (John-L.). Traumas du cerveau. Histopathologie des accidents précoces, 317.
WOLF (Ch.). La castration de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs, **402**.
WOLFE (Théodore-P.). Aspects dynamiques de la symptomatologie cardio-vasculaire, 878.
WOLTMAN (Henri-W.). V. *Mc Kaig.*
WOODS (Andrew-H.). La syphilis dans la tragédie de Shakespeare, Timon d'Athènes, 694.
WORSTER-DROUGHT (C.). Hystéro-épilepsie, 143.
— et CARNEGIE-DICKSON (W.-E.). Tumeur à cholestérol, craniopharyngiome du corps pituitaire, 712.
WULF (R. de) et BOGAERT (L. van). Association exceptionnelle : encéphalite épidémique et sclérose en plaques, 310.

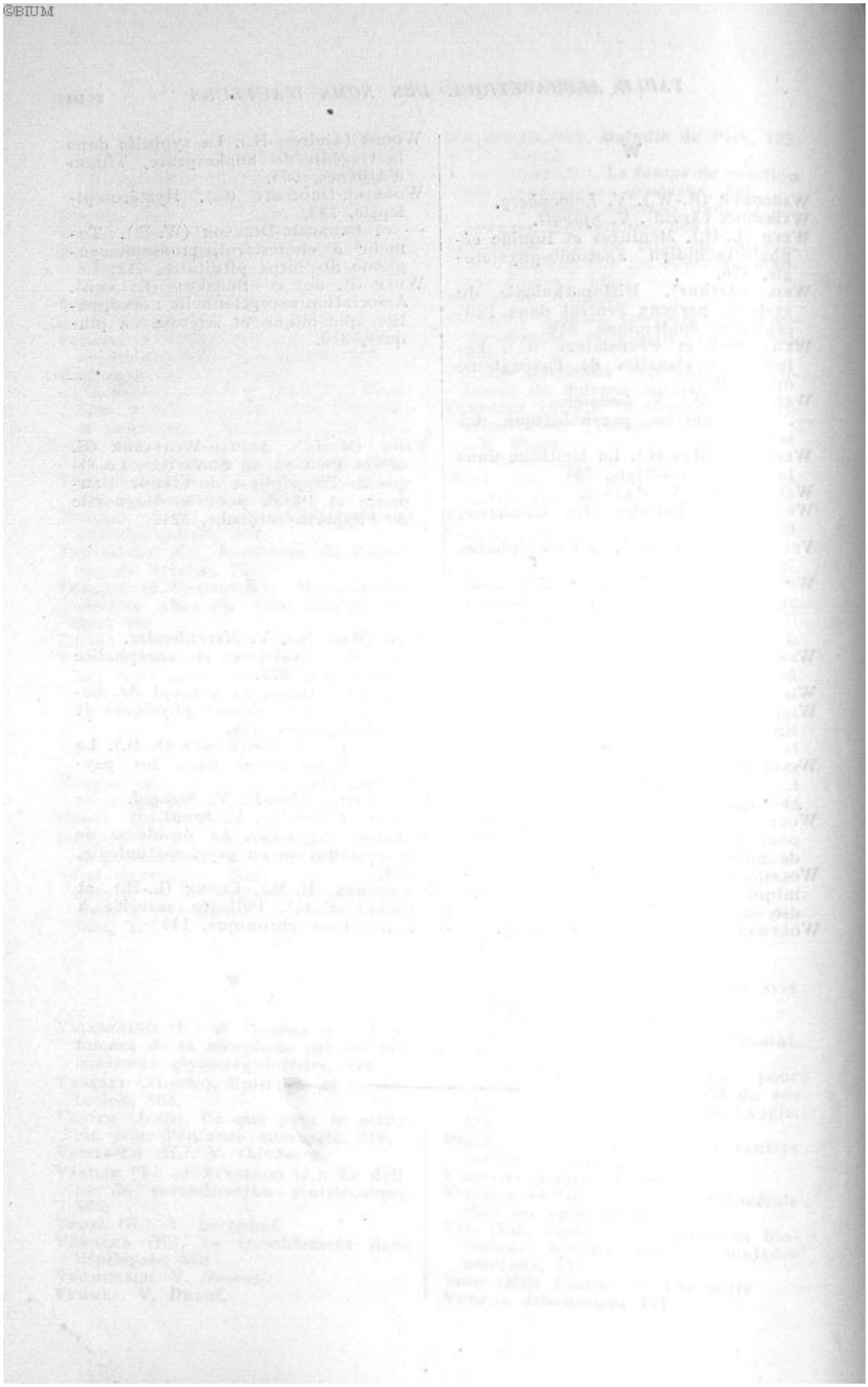
Y

YAHN (Mario), AGUIAR-WHITAKER (E. de) et PEREIRA da SILVA (C.). Le signe de l'hypophyse de Claude, Baudouin et Porak pour le diagnostic de l'hyperthyroïdisme, 521.

Z

ZAND (Mme N.). V. *Merenlender.*
ZARA (E.). Epilepsie et encéphalite épidémique, 873.
ZARAGÜETA (Juan). Le concept de mesure dans les sciences physiques et psychologiques, 316.
ZECKEL (A.). et POSTHUMUS (S.-D.). Le métabolisme basal dans les psychoses, 714.
ZELMANOVICZ (Josef). V. *Stengel.*
ZIEGLER (Lloyd-H.). V. *Prout.*
ZILBOORG (Gregory). Le problème de la constitution en psychopathologie, 679.
ZIMMERMAN (H.-M.), COHEN (L.-H.) et GILDEA (E.-F.). Pellagre associée à l'alcoolisme chronique, 144

©BIUM



©BIUM

TOME II. — N° 1 JUIN 1935

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES CATÉGORIES DU LANGAGE APHASIQUE ET LA DISSOCIATION SCHIZOPHRÉNIQUE

PAR

C. PFERSDORFF

La comparaison des troubles aphasiques (ou organiques en général) avec les troubles psychotiques semble, à première vue, osée, puisque les deux éléments de la comparaison, pris séparément, sont encore loin d'être suffisamment connus. On pourrait objecter à cette critique que la comparaison du psychisme pathologique et du psychisme normal opère également avec beaucoup de facteurs inconnus ; en outre, les méthodes d'investigation sont différentes en pathologie et en psychologie normale. Cette différence de méthodes n'entre pas en ligne de compte quand on compare le pathologique organique au pathologique psychotique. Mais il faut éviter l'écueil, qui est si souvent inévitable, de désigner le pathologique comme manifestation déficitaire du normal, de le caractériser comme a-fonction en se servant de l'*alpha privativum*. Ce n'est qu'en tenant compte, en première ligne, des symptômes positifs, actifs, que les malades produisent qu'on peut arriver à des groupements cliniques des formes dont la

©BIUM

symptomatologie est loin d'être épuisée par les seules a-fonctions. L'évolution de la doctrine des aphasies le prouve.

Ce sont les symptômes *positifs* des aphasies organiques et des troubles dissociatifs du langage que nous allons étudier aujourd'hui en cherchant à voir si les mécanismes psychotiques, les automatismes mis à nu par le processus pathologique (et qui échappent à tout jamais à l'introspection de la psychologie normale) sont analogues dans les deux groupes (organique et psychotique) ou par quoi ils diffèrent. Les symptômes actifs sont différents selon les catégories cliniques, pathologiques, auxquelles ils appartiennent. Il va sans dire que nous n'essayons pas de faire un classement philologique qui aboutirait à des identités. Les catégories que nous pouvons utiliser et comparer ne sont, pour l'aphasie, pas celles de Head (trop psychologiques), mais celles des auteurs orientés plus cliniquement. Il y a loin de l'unité de conception aussi chez ces auteurs, dont Goldstein et Kleist, Pick, Pitres et Pierre Marie sont les plus marquants. Mais lors même que leur terminologie n'est pas identique, les faits cliniques qu'ils décrivent ne sont plus contestés. Nous donnons en première ligne la liste des *catégories* des aphasies telles qu'elles sont à constater objectivement en clinique sans entrer dans les considérations d'ordre théorique qu'elles ont suggérées. (Ne pas confondre ces catégories avec celles, théoriques, de Goldstein).

Nous distinguerons la production du mot isolé et celle de la syntaxe. Nous commençons par les troubles de la *syntaxe*. Celle-ci n'a été étudiée que dans les dernières années ; ce n'est que dans les derniers temps qu'on s'est attaché à l'étude des troubles d'ordre général dans les aphasies, des phénomènes de premier plan et d'arrière-plan (Vordergrunds und Hintergrunds Veränderungen de Goldstein, Bern, 1926).

Goldstein distingue (cf. lit N 3) :

« 1) L'emploi du langage pour exposer quelque chose, le langage « représentatif » (darstellende Sprache) ;

« 2) Le langage expressif (émotionnel), plutôt passif que produit activement ;

« 3) Le savoir verbal.

« Ce savoir verbal semble lié à une localisation cérébrale définie, la zone du langage proprement dite ;

« 4) Le langage usuel. »

C'est surtout chez les commotionnés que la différence des deux groupes est manifeste : l'insuffisance apparaît d'une façon frappante quand le commotionné doit expliquer des proverbes, tandis que le langage expressif est redevenu intact. Chez les aliénés,

©BIUM

on observe une production « représentative » survenant très souvent par accès ; il s'agit des fois de verbigération ; d'autres fois, la production verbale donne (dans un langage plus ou moins néoformé ou stéréotypé) le cliché du système délirant. Les accès de production d'injures (Schimpfanfälle) ressortissent du même cadre, de même que la production de syllabes sans sens [dans le Faxen syndrom (Bleuler)], dans l'imitation de langues étrangères, et dans le langage sybillin. La production peut être spontanée ; mais elle peut aussi avoir lieu sur « commande », comme la récitation d'une prière ou d'une poésie. Les autres catégories du langage sont ordinairement intactes chez ces aliénés. Le style même des productions de ce langage représentatif peut montrer toutes les modalités du langage des aliénés, il peut être correct et compréhensible ; présenter des mots néoformés et de l'agrammatisme, ou bien consister en syllabes sans sens.

La situation inverse de celle que nous venons de mentionner (chez les aphasiques et les schizophréniques) est donnée quand le langage émotionnel est lésé, mais que le langage représentatif et surtout reproductif est intact ; chez les aphasiques transcorticaux, la reproduction de la parole entendue est possible, tandis que la parole spontanée est paraphasique. On trouve, comme pendant, dans le domaine de la schizophrénie, des schizophréniques qui savent reproduire correctement la parole entendue ou un texte lu, alors que leur langage spontané, émotionnel, est schizophasique.

Les troubles de la SYNTAXE ont été en premier lieu étudiés par Heilbronner (cf. lit. N. 6), chez les aphasiques. Cet auteur distingue :

1) les courtes phrases des aphasiques moteurs en voie de régression ;

2) les phrases longues avec syntaxe plus compliquée chez les aphasiques sensoriels.

Les *schizophréniques,* surtout les cas chroniques, présentent le groupement analogue :

1) la courte phrase sans syntaxe compliquée ; les phrases sont reliées par des associations par assonance, consonnance (allitération), persévération de mots ou de fragments de mots composés;

2) production verbeuse avec syntaxe compliquée (groupement hiérarchique (coordination, subordination) des propositions).

Ces phrases compliquées ne sont : *a*) très souvent, pas reliées entre elles par des liens associatifs reconnaissables. De là, une imprécision de la façon de s'exprimer, due à l'incohérence, au

©BIUM

manque de suite intérieure des propositions. Il existe encore : *b*) une autre catégorie d'expression verbale imprécise : dans celle-ci, l'imprécision est due à la parafonction (maniérisme) dans le choix de l'expression et de la construction de la syntaxe.

Nous trouvons une situation analogue :

I. chez les amnésiques et paramnésiques ;

II. chez les commotionnés.

Ad. I, on peut distinguer 3 catégories :

1) ceux qui ne trouvent pas le mot juste et en donnent des périphrases verbeuses. A la présentation du mot juste, celui-ci est identifié avec affectivité ;

2) les amnésies avec paraphasie verbale (non littérale) : la syntaxe, qui est souvent compliquée, ne diffère pas de la syntaxe normale ; il n'y a que le choix du mot qui soit lésé ;

3) les paramnésies avec paraphasie verbale et littérale ; ordinairement, ce groupe 3 ne produit que de courtes phrases.

Ad. II. Les commotionnés :

1) On constate une surproduction verbale très prononcée, excessivement imprécise ;

2) une surproduction verbale avec paraphasie verbale (emploi de mots composés néoformés), phénomènes de persévération ;

3) paraphasie verbale et littérale.

En résumé, on peut dire que la syntaxe des organiques (aphasies et commotionnés) et schizophréniques présente en commun les phénomènes suivants :

a) production d'une courte phrase à syntaxe correcte, mais avec parafonction du mot ;

b) production d'une syntaxe compliquée (groupement de plusieurs propositions).

Dans le groupe *a*), la syntaxe est correcte, mais le mot est lésé par la paraphasie littérale chez les aphasiques, par les associations pathologiques (néoformation, assonance, allitération, consonnance) chez les schizophréniques. Chez les deux, on constate en outre l'emploi pathologique de mots intacts [paraphasie verbale, paralogie des schizophréniques (Kleist)].

Dans le groupe *b*), hyperproduction verbale avec suite des propositions, des fois incohérente, des fois avec périphrase (amnésiques simples), des fois avec paraphrases (schizophréniques, commotionnés) (1).

(1) Les commotionnés sont, à plus d'un point de vue, plus proches des schizophréniques que des aphasiques.

©BIUM

La constatation de catégories analogues est d'autant plus intéressante que la différence fondamentale entre les organiques et les schizophréniques est toujours donnée par le fait que chez l'organique le langage doit servir à l'expression de la pensée, exclusivement, ce qui n'est pas le cas chez l'aliéné. Nous ne trouvons, en effet, chez l'organique, pas d'analogie au langage automatique de l'aliéné, qui est caractérisé par la production de la phrase sans sens, mais dont la syntaxe est correcte. Les produits sans sens des aphasiques sensoriels (la jargonaphasie et certaines paralexies maximales) n'ont pas de syntaxe, sont agrammatiques et consistent ordinairement en agglomérations de syllabes. On pourrait comparer ces dernières tout au plus à la salade des syllabes (Silbensalat) mais non pas à la courte phrase sans sens. Il est intéressant de voir que les aphasiques sensoriels qui produisent la jargonaphasie n'ont pas la critique du déficit, tout comme les aliénés. Le langage automatique sans sens des aliénés possède encore (outre la production de la courte phrase) un autre symptôme fondamental : le mot composé (Wortzusammensetzung). La réunion de deux substantifs peut alterner avec la réunion syntactique de la courte phrase. Nous ne voulons qu'indiquer le rôle de l'automatisme de la formation du mot composé dans le langage *automatique* que nous n'avons pas à étudier ici. Dans le langage non-automatique (celui qui doit interpréter la pensée) du schizophrénique, le rôle du mot composé est très développé. Rodenwald et nous, nous avons observé en 1908 ce fait dans les réactions associatives des schizophréniques. Quand on étudie les phénomènes de dissociation du langage, on est frappé par l'apparition si fréquente du mot composé. On peut distinguer plusieurs groupes :

1) des mots composés « justes » qui ont un sens ;

2) des mots composés inusités, néoformés, qui peuvent exprimer un sens, mais de façon maniérée ;

3) des mots composés sans sens aucun.

On peut constater chez les organiques l'emploi de mots composés (Kleist, cf. lit. N° 7, 1914). Mais leur emploi n'est qu'un pis-aller (Sprachnot de Kleist). Le mot composé constitue le phénomène intermédiaire entre la syntaxe (il peut alterner avec la formation de la courte phrase) et le mot isolé. Le mot néoformé catatonique et les productions de la paraphasie littérale paraissent identiques quand on n'envisage que le produit comme tel : mais leur mécanisme n'est pourtant pas absolument identique. Chez l'organique, le mot paraphasique manque de sens, tandis que chez le schizophrénique (et surtout chez le paraphrénique),

©BIUM

le mot néoformé a souvent un sens, une signification « ad usum proprium ». Le schizophrénique donne très souvent l'explication du sens du mot néoformé, qui sert à dénommer les appareils d'influence physique, ou les persécuteurs qui les manient, ou bien d'autres éléments du délire. Nous constatons ici une inversion intéressante de la règle que nous avons soulignée plus haut : le langage doit servir chez l'organique (sans toutefois y arriver toujours !) à l'expression de la pensée ; les paraphasies entravent et rendent impossible cette kataphasie ; chez l'aliéné schizophrénique, les productions paraphasiques servent à l'interprétation de la pensée pathologique du délire. On peut constater, même dans les productions schizophréniques, qui à première vue manquent complètement de sens, une valeur symbolique des mots néoformés, dont les malades, des fois, vous donnent la clef. Il va sans dire que les freudistes ont puisé largement dans ces productions et ont interprété « symboliquement » même dans les cas où les aliénés cessent d'interpréter. L'organique est à l'abri de ces tentatives d'inférence.

La même différence est à constater entre l'organique et le schizophrénique quand il ne s'agit plus du mot isolé, mais des troubles de la syntaxe. L'agrammatisme frontal (Kleist) et le paragrammatisme temporal n'ont pas leur pendant dans les productions à style maniéré des catatoniques. Chez ces derniers, la relation associative entre l'expression juste et l'expression maniérée (parafonctionnelle) est toujours reconnaissable ; l'idéation est interprétée malgré les parafonctions de la rédaction ; tandis que chez l'aphasique, le choix de l'expression paraphasique est dicté par la prévalence des automatismes du langage, par des associations de contraste ou d'ordre catégorial en général. Les phénomènes paralogiques (Kleist) des organiques se rapprochent plutôt des productions du langage des enfants arriérés.

L'alexie est à constater chez certains déments précoces (cf. lit.). Elle n'est pas identique à l'alexie du pli courbe ni à l'alexie pariétale (Quensel). Elle rappelle plutôt les troubles de la lecture décrits par Foix dans des cas de lésions de la frontale ascendante. L'épellation peut être lésée dans certains cas de stupeur de la folie maniaque-dépressive. Ces troubles de l'épellation présentent un signe intéressant par rapport aux aphasies : les voyelles épelées sont correctes, les consonnes sont mal choisies. Cette distinction entre voyelles et consonnes se retrouve chez des aphasiques moteurs en voie de régression. Elle est aussi observée chez les enfants normaux et surtout chez les arriérés pendant l'acquisition de la lecture.

©BIUM

*
**

Nous avons essayé de comparer le langage psychotique et organique, non seulement par rapport à la production du mot isolé (autrefois l'étude de l'aphasie ne visait que le mot isolé), mais aussi en vue de la syntaxe et des cadres du langage (Pick). Chez les psychoses, on ne saurait être, à première vue, tenté de localiser les troubles de la syntaxe et du style, mais pour les aphasies, la localisation a fait l'objet d'études nombreuses, faites surtout par Kleist et son école. Cet auteur distingue (cf. lit., N° 8) l'agrammatisme frontal et le paragrammatisme temporal, tout comme il sépare l'alogisme frontal du paralogisme temporal. Sa conception nous semble justifiée par les observations cliniques qu'il donne, mais dans beaucoup de cas (selon l'avis de Kleist lui-même), les deux formes s'entremêlent et il n'est pas aisé de les différencier. La difficulté est donc la même pour l'étude de toutes les parafonctions du langage : nous n'avons que l'interprétation motrice terminale à notre disposition qui, trop souvent, ne peut pas être séparée des fonctions non-motrices qui la précèdent ou qui l'accompagnent. Un matériel d'études nouveau pour la localisation des troubles syntactiques du langage nous a été apporté par la clinique de l'encéphalite léthargique. Elle nous a enseigné le rôle fondamental du diencéphale, qu'on avait auparavant négligé en faveur du cortex. Les fonctions « pali », surtout la palilalie, rappellent singulièrement les stéréotypies catatoniques, sans toutefois leur être identiques en tout point. Kleist qui parle de phénomènes « d'itération » a montré qu'ils étaient dus à des lésions du noyau caudé, droit ou gauche. En effet, l'hégémonie du cerveau gauche n'est pas prépondérante dans les affections diencéphaliques autant que pour les lésions corticales.

Nous avons dans les dernières années eu l'occasion d'observer 3 cas (avec autopsie), qui présentaient les lésions anatomiques suivantes :

1) cas de tumeur de la région thalamique gauche (cf. lit., N° 11) ;

2) tumeur du lobe frontal droit se prolongeant dans la région thalamique droite (cf. lit., N° 12) ;

3) cas de tumeur du lobe frontal droit intéressant la partie antérieure de la couche optique (cf. thèse Weissheyer).

Les trois cas produisent des troubles du langage (syntaxe) analogues à ceux qu'on observe chez les schizophréniques. Ces troubles ne se manifestaient pas dans le langage de conversation, ni

©BIUM

dans le langage émotif, mais dans le langage représentatif ; ils se manifestaient surtout par accès, phénomène qui (comme nous l'avons relevé plus haut) s'observe souvent chez les schizophréniques (1). Comme les troubles du langage schizophrénique sont très variés, il nous faut préciser le type du langage schizophrénique que ces cas de tumeur produisaient :

Il existe chez les schizophréniques une production verbale caractérisée par la persévération. Exemple (qui n'est pas traduisible) :

Schon gut für heute, schon gut für morgen, will die erlauben ohne *Edelsitz,* wer kann das beweisen ? Beweisen kann nur wer weisser ist als weiss. Ich kann nur beweisen, dass ein Aussprung unbedingt erfolgen müsste laut meiner *Stellung.* Sondern überwältige dich auch. Kannst du nicht aushalten mein *Gegen*körpergewicht ; das liegt auch noch in der Lebensstellung als *Gegen*zweiflerin, so dass wir einen besonders sehr gerechten *Edel*ton in unsern *Edelsitz* aufgenommen haben. Kennst du vielleicht das schöne Land, das Elsass, das schöne Land die Pelzkappe wie *Edelsitz,* Kinder, was Wasser bleibt Wasser, *Edelsitz* bleibt *Edelsitz,* laut unserer *Stellung.*

Le cas de tumeur de la *couche optique gauche* produisait le texte suivant :

« Gestern bin ich in der *Nierenheilanstalt* gewesen, ich bin *nierengeheilt* worden ; dann sind wir heimgeschickt worden um 3 Uhr ; 2 haben den Weg gewusst und 1 und 2 haben ihn nicht gewusst. Dann sind sie halt heimtransportiert worden von den *Kindern.* Gestern war ich in der Anstalt, in der *Nierenheilanstalt,* und am Freitag war ich zu Hause, zu Hause bei meiner Mutter ; gespielt mit den Katzen, sonst nichts. Wenn es öfter so Kranke wären, so *Pfarrkinder,* wäre es so angenehm, so liebe, liebe *Kinder.* Sie sind angenehm die *Kinder,* die vom andern Herrn *Pfarrer.* »

Le cas de tumeur frontale droite avec destruction du tiers antérieur de la *couche optique droite* produsait le texte suivant :

Die *Sonne* ist auf so e Häufele Dings, d' *Sunn,* steckt irgend im e Eck drinn und will es wärmen ; no lauft er heim nach Wangen zu

(1) Kleist admet en général que l'excitation du langage chez les aphasiques (même corticaux) est due à des lésions du diencéphale, à des lésions non-corticales. Cette hypothèse nous semble plausible à l'exception peut-être des cas d'hyperproduction verbale des jargonaphasiques (incontinence verbale) qui semble plutôt résulter d'un « manque de frein » que d'une excitation motrice primaire du langage.

©BIUM

meiner Schwester ; der *M*ond hat schon ausgespielt. Der *M*ann oder der Doktor der die *Sonne*strahlen bei sich hat die *Sonne sonn ;* heute morgen hat er, ich will blos lugen wie seine *Sonne* kräftig ist, ich muss es *probieren ;* ich muss *Sonne*nstrahlen holen bis in 14 Tagen ; dann will ich auf den Polygon gehen auf den Messti und dort aus*probieren.*

La grande analogie des productions du langage des cas de tumeur de la couche optique et du texte catatonique cité est manifeste ; il s'agit surtout de phénomènes de persévération, des fois de perséveration alternante. La syntaxe est correcte, mais le produit total manque souvent de sens. Le rôle prépondérant de la persévération, qui peut être considérée comme phénomène d'itération, confirme bien les conceptions de Kleist et de son élève Merzbach, qui ont constaté dans de nombreux cas de lésions du tiers antérieur du noyau caudé des phénomènes d'itération de la motricité et du langage. Comme le noyau caudé (tête) était toujours englobé dans la tumeur, il est vraisemblable que sa participation soit à rendre responsables des phénomènes de persévération (1). Quand nous avons, en 1927, au Congrès de la Société suisse de Psychiatrie de Berne, présenté le cas de tumeur de la couche optique gauche, nous étions très réservés par rapport à la localisation. M. le professeur Kleist, qui assistait à la séance, était plus affirmatif. Nos observations ultérieures (2 nouveaux cas) nous ont ralliés à son opinion. Ces cas ne présentent non seulement des productions du langage comparables aux productions catatoniques, mais aussi le phénomène de la confabulation tout comme le premier cas de tumeur de la couche optique. Il s'agit d'une forme spéciale de confabulation qu'on peut appeler « *confabulation d'origine verbale* », cette confabulation (cf. lit., N° 11), comme celle de certains commotionnés, possède un mécanisme différent de celui de la fabulation sénile et du Korsakoff ; l'influence du mot est décisive, comme dans certaines productions catatoniques.

Il est intéressant de constater que Kleist a observé une tumeur de la région infundibulaire, qui intéressait la région sous-thalamique. Ce cas présentait, comme les nôtres, le symptôme de la confabulation. Il va sans dire que nos cas ne présentaient aucun

(1) Ces essais de localisation trop précise gardent toujours un certain caractère hypothétique, puisque les lésions (en cas de tumeur) ne sont ni suffisamment électives, ni assez restreintes pour permettre une localisation topique excessive. De même, la substance cérébrale aux abords du néoplasme n'est rarement intacte (œdème, etc.), de sorte que certains troubles peuvent être dus à des phénomènes de voisinage.

©BIUM

symptôme d'hypertension générale (bradypsychie, somnolence, etc.). Toutes les autres fonctions psychiques étaient intactes. Inutile de relever que les cas de tumeur avec hypertension ne présentent nullement des anomalies du langage. Notre troisième cas (tumeur fusiforme du lobe frontal droit avec participation de la partie antérieure du noyau caudé) présentait également des anomalies du langage « catatoniques », mais pas absolument identiques à celles des deux cas de tumeur de la couche optique : il y a production de courtes phrases dont la syntaxe est correcte, mais dont le sens est difficile à deviner ou manque complètement; ces courtes phrases sont coordonnées, il n'y a pas de subordination des propositions, pas de syntaxe compliquée ; les différentes propositions se suivent sans lien associatif reconnaissable ; on constate, en outre, la tendance à l'emploi de mots néoformés, des associations par consonnance, rarement par assonance.

Nous avons, dans ces trois cas organiques, souligné l'analogie des produits du langage avec ceux des productions catatoniques. Il est presque superflu de relever que les autres fonctions psychiques des cas organiques n'avaient pas le caractère catatonique ; le diagnostic différentiel : « catatonie ou maladie organique ? » n'a jamais été en question. L'intérêt de ces cas consiste dans le fait que des affections organiques sont susceptibles de présenter des troubles du langage (surtout de la syntaxe) qu'on croyait réservés à la schizophrénie, affection organique, elle aussi, mais sans symptôme de foyer. Ces analogies étaient déjà connues pour ce qui concerne la paraphasie littérale et la production de mots néoformés (paralogies de Kleist).

Les troubles de la syntaxe « catatonique » et « organique » n'avaient pas encore été étudiés. Si nous croyons pouvoir admettre, en nous basant sur nos observations et sur celles de la littérature (surtout de Kleist et de son école), une localisation cérébrale des troubles de la syntaxe, des « centres », il va sans dire que la question des centres diencéphaliques est identique à celle des « centres » corticaux.

Sans aborder la discussion « chronique » de la question des « centres », nous nous bornons à dire que nous considérons les « centres », non comme centres *d'élaboration,* mais comme centres « *d'interruption* », dont la lésion interrompt des fonctions psychiques (cérébrales) bien déterminées. Ce ne sont pas les symptômes « négatifs » d'a-fonction qui permettent une localisation, mais bien les symptômes positifs qui subsistent (symptômes de suppléance). Ceux-ci présentent des particularités pathologiques variables selon la localisation de l'interruption.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

1. DELACROIX. — Psychologie du langage. *Journal de Psychologie*, 1933.
2. DELACROIX. — *Le langage et la pensée*. Paris, Alcan. 1924.
3. FOIX. — *Les noyaux gris centraux*. Masson, 1925.
4. GOLDSTEIN. — *Die transkortikalen Aphasien*, 1917.
5. GOLDSTEIN. — Analyse de l'Aphasie et Essence du Langage. *Journal de Psychologie*, 1933.
6. HEILBRONNER. — *Die Aphasie im Handbuch der Neurologie de Lewandowsky*.
7. KLEIST. — *Aphasie und Geisteskrankheit*, 1914.
8. KLEIST. — *Gehirnpathologie*, 1933.
9. LHERMITTE. — Sur l'Apraxie pure constructive, in *Encéphale*, juin 1933.
10. MERZBACH-ARNOLD. — Die Sprachiteration und ihre Lokalisation bei Herderkrankungen des Gehirns. *Thèse Francfort*, 1928.
11. PFERSDORFF. — Les aphasies d'évocation (Pitres), leurs rapports avec les troubles psychotiques du langage, in *Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg*, vol. VI.
12. PFERSDORFF. — Troubles psychiques d'un cas de tumeurs multiples de l'hémisphère droite ; leurs rapports avec les symptômes de dissociation schizophrénique, in *Travaux de la Clin. psych. de Strasbourg*, vol. IX.
13. PICK. — *Die agrammatischen Sprachstörungen*, 1913.
14. RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie*, 1914.
15. WEISSHEYER. — Un cas de tumeur du lobe frontal droit. *Thèse de Strasbourg*, 1934.
16. TEULIÉ-GUILHEM. — La schizophasie, in *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, n° 2-3.

©BIUM

LES ALIENÉS EN LIBERTE

PAR

ROGER DUPOUY

Avant d'être internés à l'asile, les aliénés passent évidemment tous un temps plus ou moins prolongé au dehors ; c'est dire que la question des aliénés en liberté englobe tous ces malades, quels qu'ils soient, et prend de ce fait une importance considérable. Toutefois la plupart d'entre eux ne demeurent pas en liberté dès que leur état d'aliénation mentale est reconnue, ils sont immédiatement dirigés par leur entourage vers des services de traitement appropriés. Nous ne devons donc retenir dans cette étude que ceux dont l'entourage ne peut ou ne veut réaliser le placement et qui restent, en conséquence, et malgré leur état reconnu d'aliénation, libres d'aller et de venir, de vaquer à leurs occupations ou de se livrer à telles réactions que suscite leur état psychopathologique.

Au point de vue social, nous les diviserons, d'une manière simple et pratique, en deux grandes catégories : les inoffensifs et les dangereux.

L'aliéné inoffensif peut être laissé en liberté, à la condition cependant d'être soumis à une surveillance suffisamment active et efficiente, car du jour au lendemain tel psychopathe considéré comme absolument inoffensif, exempt de toute réaction antisociale, peut être pris d'une impulsion dangereuse, directement ou indirectement, pour lui ou pour autrui. Sans surveillance et libre d'agir à sa guise, au gré de ses caprices ou de sa déraison, nous ne pensons pas qu'un aliéné doive jamais être regardé comme entièrement inoffensif ; il peut, sans intention de nuire, commettre une négligence, une étourderie, une imprudence tout involontaire mais néanmoins fort dangereuse, nous verrons lesquelles tout à l'heure.

Il est rare que la police ou le service des visites à domicile que le Dr Toulouse a créé à l'hôpital Henri-Rousselle et dont il

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Juin 1935.

©BIUM

a bien voulu me confier la direction ait à s'occuper de ces aliénés inoffensifs ; on peut généralement, si l'entourage juge que la vie d'asile est préférable à la liberté, recourir à un placement volontaire : le malade inoffensif étant par définition docile et maniable, nous éliminons le cas de ses protestations, de sa résistance à se laisser conduire, sous un prétexte fantaisiste au besoin, à l'asile ou dans un service hospitalier qui le dirigera ensuite sur l'établissement fermé.

Cependant nous devons prévoir les cas de malades abandonnés à eux-mêmes par la mort, la disparition, la carence, l'incurie, l'incapacité matérielle ou mentale, la maladie, l'incompréhension, voire la psychopathie collective de l'entourage familial, parents, conjoint, enfants, collatéraux, etc., ceux également d'étrangers au département ou au pays et complètement esseulés à Paris. Les voisins, la concierge, le propriétaire, le logeur peuvent alors nous signaler la situation en nous demandant d'intervenir ; la chose est aisée, une personne de bonne volonté, une assistante sociale à l'extrême rigueur, nous mène le malade à l'hôpital Henri-Rousselle ; après examen et enquête, le placement s'effectue sans difficulté.

L'aliéné dangereux est celui dont l'état d'aliénation est susceptible de compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, et qui est, par suite, passible d'un placement d'office sur l'ordre du Préfet de police à Paris et du Préfet dans les autres départements, aux termes de l'article 18 de la loi de 1838.

Il ne faut pas croire qu'un tel malade soit toujours, forcément, un délirant persécuté pourvu d'intentions homicides ou bien un agité enclin à frapper ceux qui l'approchent ou à projeter par la fenêtre des objets de nature à blesser les passants. Le placement d'office peut s'exercer, en raison de ses réactions dangereuses, à l'égard d'un enfant, d'un arriéré, d'un dément tranquille, d'un sénile, et même d'un déprimé mélancolique.

L'arriéré, quel que soit son âge et en dehors de toute perversion instinctive, de tout élément de malignité ou d'irritabilité coléreuse et impulsive, le dément le plus placide, dément précoce fruste, paralytique général simple ou en rémission, dément artériopathique, sénile, post-encéphalitique, sans que son affaiblissement intellectuel ait besoin de s'accompagner d'aucun thème délirant, peuvent par mégarde, par amusement, par oubli, ouvrir le robinet du gaz, brûler sur le parquet ou sur des tapis des papiers, des chiffons, des bouts de bois, jouer avec des allumettes, des réchauds ou des lampes allumés, manier inconsidérément, par ignorance, par plaisanterie, par jeu, par incom-

©BIUM

préhension, des armes à feu, des instruments tranchants, perforants ou contondants, toucher à des fils électriques, à des moteurs à explosion, à des réservoirs de carburant, essence, alcool, acétylène, à une automobile arrêtée, etc., et mettre ainsi le feu dans une maison, risquer d'asphyxier les voisins immédiats, blesser un enfant, un dormeur ou un infirme, occasionner un accident grave... Quant aux mélancoliques, malgré leurs apparences calmes et l'inertie qu'ils manifestent, il faut non seulement s'attendre toujours de leur part à la possibilité d'une brusque impulsion suicide, mais aussi à celle d'un homicide altruiste ; une mère, par exemple, voudra avant de se tuer assurer la mort de ses enfants pour lesquels elle prévoit une vie malheureuse, misérable et douloureuse. De tels malades sont à la fois dangereux pour eux et pour les leurs, pour ceux tout particulièrement qu'ils affectionnent le plus.

Le défaut de surveillance, l'imprévoyance, l'insouciance de l'entourage sont seuls en cause si de pareils faits se produisent. Aussi est-ce le devoir de la Société de se protéger contre les conséquences possibles de tout état d'aliénation mentale et d'envisager par mesure prophylactique l'internement d'office de ces aliénés jusqu'alors inoffensifs mais que l'absence de la surveillance indispensable peut rendre involontairement et fortuitement dangereux.

Déjà l'on peut chez ces malades, et notamment chez les mélancoliques, rencontrer une opposition systématique au traitement, se heurter à un refus obstiné de se laisser emmener — ce qui exigera des moyens spéciaux de contrainte pour opérer le placement à l'asile.

Le cas le plus fréquent et le plus typique de l'aliéné dangereux et protestataire est celui du délirant, du *persécuté*. Au point de vue qui nous intéresse nous en distinguerons plusieurs variétés :

le persécuté halluciné qui peut être doublement dangereux ; d'abord et essentiellement parce qu'il peut réagir ou obéir à ses hallucinations, soit qu'entendant une insulte ou une menace il veuille se précipiter sur son persécuteur supposé pour lui faire un mauvais parti, soit qu'entendant une voix protectrice, conseillère, divine, politique, mystérieuse, lui ordonnant de commettre tel attentat, il accepte après ou sans résistance d'accomplir l'acte ainsi commandé (hallucination impérative) ; et d'autre part, certaines fois, principalement au début de la psychose, parce que sa personnalité est insuffisamment désagrégée et qu'il se trouve encore capable de refouler son délire, de le

©BIUM

dissimuler à son entourage incompétent qui dans l'ignorance de sa maladie et des conséquences possibles de celle-ci néglige toute mesure de surveillance, toute précaution utile ;

le persécuté familial, et tout particulièrement le dément précoce fruste, que la désaffectivité, poussée parfois jusqu'à la haine — en dehors d'un délire plus ou moins nettement systématisé (de persécution, d'empoisonnement, d'influence, de défiliation) — peut porter à commettre un attentat envers l'un des siens, parents, frère ou sœur, et en général du même sexe que le malade. Par ailleurs, le dément précoce, méditatif et méfiant, anxieux et impulsif, est fréquemment enclin au suicide, aux fugues, aux impulsions clastiques ou agressives, à la claustration avec refus d'aliments. Nous avons été appelé plusieurs fois à visiter dans un hôtel un tel malade enfermé dans sa chambre, refusant de s'alimenter et d'ouvrir sa porte ;

le persécuté interprétant qui se croit suivi, épié, tourné en dérision par ses chefs, ses camarades, ses fournisseurs, les passants qu'il coudoie dans la rue ou le métro, qui voit dans le moindre geste une signification particulière et personnelle : on le montre du doigt, on se moque de lui, on lui fait comprendre qu'il est un objet de dégoût ou de mépris, un voleur, un pédéraste, un cocu, une prostituée ; et comme ces idées de persécution s'allient fréquemment à des idées délirantes de grandeur, le sujet accepte encore plus difficilement cette atteinte à son honneur, à sa dignité, à sa sécurité et il se livre à des réactions violentes, injurieuses, menaçantes, agressives ;

le persécuté-persécuteur vrai, paranoïaque, dont les types cliniques les plus communs sont le processif, le jaloux, l'hypocondriaque et l'érotomane. Que de drames, de coups de revolver dûs à ces quérulants ou à ces jaloux délirants mais dont l'on ne sait ni voir ni comprendre le délire ; même pour l'érotomane qui, lui, n'est pas forcément un paranoïaque (nous avons observé mainte fois un syndrome érotomaniaque au début d'une psychose schizophrénique) l'illusion est des plus fréquente et le psychopathe — aliéné dangereux — méconnu de l'entourage et de presque tout le monde, hormis la victime et le psychiatre, en raison de sa parfaite lucidité.

C'est qu'en effet le danger de l'aliéné en liberté est, le plus souvent, de ne pas être considéré comme tel en raison de sa lucidité et d'être défendu, de très bonne foi d'ailleurs, par une foule d'incompétents opposés par principe à toute mesure de contrainte. Pas de discussion, évidemment, en présence d'un maniaque en plein accès, déclamant des insanités, se dénudant

©BIUM

impudiquement en public ou projetant son mobilier par la fenêtre, d'un paralytique général plus ou moins excité, débitant d'une voix trébuchante des propos absurdes ou mégalomaniaques et offrant généreusement au premier venu une fortune imaginaire, d'un alcoolique trémulant, en proie à des hallucinations terrifiantes, fuyant d'invisibles animaux dont il se voit poursuivi ou criant qu'on l'aide à éteindre un incendie inexistant. Pour d'aussi évidents aliénés le délire et plus encore les actes choquent les moins avertis, l'accord est immédiat et unanime : il faut les enfermer.

Aussi n'est-ce pas de ceux-là que nous voulons nous occuper, mais au contraire de ceux dont l'état d'aliénation mentale et, consécutivement d'asociabilité, n'est pas aussi flagrant. L'aliéné le plus dangereux, parce que moins facilement dépisté et reconnu, parce qu'aussi plus intelligemment nocif, plus rusé, plus patient, plus tenace, est *l'aliéné lucide* dont tant de gens méconnaissent l'existence, réduisant leur bagage clinique ou livresque à la seule notion des idiots, des grands déments, des agités, des confus, des mélancoliques anxieux et des délirants hurlant leur délire. C'est surtout pour lui qu'on nous demande d'intervenir pour une visite à domicile.

L'aliéné lucide est celui dont la mise, l'attitude, le langage courant, les actes habituels ne donnent pas au public ignorant de la psychiatrie l'impression d'un « fou ». La démence n'existe pas ou ne s'est pas encore révélée de façon évidente, le délire se dissimule ou tout au moins ne s'extériorise pas manifestement, l'irritabilité et l'impulsivité sont encore soumises au frein de la volonté.

Regardez par exemple ce *paranoïaque,* nullement affaibli dans son intelligence mais seulement dans sa critique ; il va, vient, travaille comme tout le monde ; à vos questions banales concernant sa santé et celle des siens, le temps, les événements actuels, il vous répondra rapidement, exactement, sans erreur ni absurdité. Peut-être a-t-il le geste un peu brusque, le ton un peu sec, le discours un peu bref, l'allure plutôt sévère, le regard méfiant. Dans le quartier on le tient pour un être renfermé, silencieux, quelque peu hautain, un peu « ours » ; mais ce n'est pas un « fou », il est travailleur, rangé, sérieux, il n'y a aucune raison de l'examiner, encore moins de l'enfermer. Cependant sachez l'interroger, intéressez-vous à ses dires, facilitez la confidence que vous aurez provoquée, accouchez son délire : si vous savez le prendre, il vous confiera qu'on le suit, qu'on le regarde dans la rue ; on ricane sur son passage, on fait des gestes signi-

©BIUM

ficatifs, on veut le faire passer pour un voleur, un pédéraste, un espion ; il est signalé à la police, on veut lui faire perdre sa place, quitter son logement, on l'empêche de travailler, de parvenir à la situation qu'il mérite, on est jaloux de lui, de ses dons, de ses qualités, de ses inventions ; on le guette, on veut le faire disparaître, on lui met quelque chose dans ses boissons ou ses aliments, il a remarqué des allées et venues suspectes, des papiers ou des linges signalisateurs aux fenêtres, des passages de taxis devant sa maison ; il a reconnu des gens déguisés, camouflés, travestis, grimés ; il se méfie, s'inquiète, mais il ne se laissera pas faire ; il a pris ses précautions, il saura se défendre...

L'*hypomaniaque* peut ne pas délirer et conserver une lucidité parfaite ; il se montre à peine hypermimique et hypercritique, ironique, sarcastique, malin. Son délire est uniquement un « délire des actes » ; il déploie une verbosité fatigante, une activité débordante, il ne dort plus, ses appétits sont déchaînés et le portent à toute sorte d'abus ; il se mêlera de tout, fera des démarches inconsidérées, des commandes déraisonnables, mais toujours avec un certain à-propos et des discours abondants, apparemment sensés ; il sera médisant, calomniateur, fabulant, revendicant, mais beau parleur, amusant, malicieux, verveux, ne racontant que des choses « possibles », ne manifestant pas de délire en ses paroles, ayant une mise correcte et une allure fringante, il sera écouté, cru, approuvé. On le trouvera bien « brouillon, mauvaise langue, aventureux, sans gêne... », mais nullement aliéné ; il est trop intelligent, trop présent, et son exaltation, son désordre sont mis sur le compte de la fièvre des affaires, de la difficulté des temps, du désir d'arriver... Et cependant cet « hyperlucide » n'est qu'un aliéné, insupportable, asociable, dont la suractivité déréglée peut amener des désastres, la malignité occasionner des drames. Par mesure de prophylaxie, sociale et individuelle, le psychiatre exigera son isolement qui pour beaucoup paraîtra abusif.

Le *pervers* est par définition un antisocial, mais ce n'est pas un délirant et sa lucidité est entière. Son intelligence n'est elle-même pas fatalement inférieure à la normale ; il est des pervers qui ne sont nullement des débiles mais uniquement des déséquilibrés constitutionnels avec perversions instinctives, mendacité, mythomanie, paresse, instabilité, inaffectivité, malignité, cruauté, tendance aux vols, aux déprédations, au pillage, aux violences, au crime.

Doit-on ou non considérer ces anormaux malfaisants comme

©BIUM

des aliénés ? Nombre de psychiatres, faisant état de leur lucidité, les déclarent conscients de leurs actes et responsables devant la Justice de leurs délits ou de leurs crimes. Nous ne pensons pas ainsi. Le véritable pervers se révèle dès ses premières années ; il chipe de l'argent, des friandises, de menus objets à ses parents ou à ses petits camarades, s'avère menteur, sournois, méchant avec les plus petits, brutal avec les animaux incapables de se défendre, gourmand, indocile, fugueur, hâbleur, cynique, chapardeur, amoral, précocement sexuel (et parfois anormalement), enclin de très bonne heure à l'alcoolisme... *Rien n'y fait*, ni les réprimandes familiales, ni les punitions, ni le renvoi de l'école, ni les châtiments corporels, les coups, les violences. Il est inaffectif, ne pleure pas, reste insensible aux reproches, aux prières, aux menaces. Il est inintimidable, incorrigible, inamendable ; plus il avance en âge, plus il s'enfonce, malgré les sanctions et les condamnations, dans la voie du mal, de la délinquance à répétition, du crime.

La prison ne l'assagit pas, l'échafaud ne l'effraie pas. Ses impulsions sont irrésistibles et la conscience qu'il a de ses actes ne saurait être comparée à celle d'un sujet normal ; évidemment il enregistre tout ce qu'il fait, mis à part s'il en existe les actes accomplis en état d'alcoolisme aigu ou subaigu ; il se les rappelle, peut en donner tous les détails et les motifs qui l'ont poussé à agir ; aux yeux du juge « il savait ce qu'il faisait », mais en réalité il ne voit pas les choses comme nous et son impulsivité nocive « constitutionnelle », à laquelle il ne résiste même pas, crée en lui une disposition spéciale qui lui fait trouver ses exploits tout naturels. Il prend des précautions pour ne pas être pris, parce qu'il sait qu'on lui demandera compte de ses méfaits, mais, averti que le Code le punira, il ne se juge pas coupable, il méconnaît ses fautes, se rebelle contre notre justice; il a par expérience la notion de ce qui est interdit par la loi, non la conscience de ce que réprouve une morale qu'il ne comprend pas ; amoral-né, fou ou idiot moral, il obéit à des tendances innées et va au mal comme le canard à l'eau...

Ayant mainte fois constaté cette irrésistibilité foncière à la malfaisance liée à l'incompréhension de notre morale, à l'absence de ce sentiment intime du Bien et du Mal que nous possédons normalement, nous ne pouvons le considérer comme psychologiquement responsable de ses impulsions nocives ; nous voyons au contraire en lui un type de tératologie mentale qu'une condamnation pénale ne saurait pas plus corriger qu'une malformation physique, un pied bot, une luxation congénitale,

©BIUM

une dystrophie crânio-faciale. La seule mesure convenable, à notre avis, est l'internement dans un asile spécial ; dans certains cas le régime et le traitement peuvent encore amener un redressement moral de l'être partiellement perfectible ; pour les autres reconnus absolument inamendables, l'internement à vie défend la société bien plus sûrement que la prison temporaire. Or de ces pervers en liberté, il en est, hélas ! des quantités ; combien de familles nous ont demandé d'intervenir pour les en débarrasser, car en pareille matière l'aliéniste est plus utile que le commissaire de police.

L'*alcoolique chronique* est à rapprocher par certains côtés du pervers ; il devient amoral et antisocial comme lui ; il est plus coléreux, plus impulsif, plus brutal, plus immédiatement dangereux encore que lui. Nous laissons de côté le type de l'ivrogne pleurnichard et inoffensif qui ne nous intéresse pas pour cette étude ; nous ne nous arrêtons pas davantage à l'alcoolique manifestement délirant (alcoolisme aigu ou subaigu), confus, halluciné, trémulant, hagard, dont l'état est tellement évident que personne ne discute la nécessité urgente de son isolement dans un établissement approprié. Nous avons en vue deux types, classiques, bien connus du psychiatre et du médecin légiste, mais trop fréquemment incompris par le profane, l'alcoolique chronique lucide et l'onirique nocturne.

Le premier, buveur d'apéritifs qu'on ne voit jamais ivre, peut paraître normal au dehors, mais chez lui c'est un fléau d'immeuble, un bourreau de famille. Il ne délire pas, mais les troubles du caractère, l'irascibilité, l'exaspération furieuse en font un malade des plus dangereux. Il s'encolère pour des futilités, se montre ombrageux et jaloux, cherche noise à tout le monde, insulte et frappe. Au moindre prétexte, il entre en rage, fait voler la vaisselle, projette bouteilles ou assiettes, brutalise ses enfants, assomme sa femme, menace les voisins du couteau ou du revolver. Poursuivi fréquemment pour sévices, violences, coups et blessures, attentat à la pudeur, viol incestueux, il ne saurait être reconnu irresponsable et envoyé à l'asile ; la sanction pénale l'atteint et le séjour en prison sert à le désintoxiquer. Or avant la réalisation de l'acte qui le conduira devant le Tribunal, la femme ou quelqu'un de l'entourage vient nous trouver et nous demande conseil. Que faire pour empêcher cet homme de boire, pour éviter le drame que l'on prévoit, qui est imminent ; quelle mesure prophylactique prendre ? Le commissaire de police ne peut intervenir ; le psychiatre ne peut interner ; la visite médicale est à peu près impossible, l'examen refusé, les

©BIUM

conseils repoussés et l'initiative de la femme ou l'insistance du médecin peuvent précipiter les scènes violentes que l'on redoute et déclencher le raptus meurtrier. Il est rare que nos exhortations soient écoutées et nous devons le plus souvent assister impuissants au drame dont le déroulement est à peu près fatal. En l'absence de toute législation antialcoolique assurant la prophylaxie des « drames de l'alcoolisme », la seule conduite à tenir à l'égard d'un alcoolique de cet ordre, irréductible dans ses habitudes et dangereux par ses impulsions coléreuses, est de le quitter. Encore la fuite ne met-elle pas toujours la femme à l'abri car celle-ci peut être recherchée avec passion et ténacité, abattue par jalousie et vindicativité.

Tout autre est l'onirique nocturne qui se rapproche davantage de l'ivrogne. Il est connu pour boire, s'enivrer même de temps à autre, mais il tient encore suffisamment, il travaille régulièrement, ne déraisonne pas ; il tremble, sa démarche est lourde, ses yeux subictériques ou larmoyants, mais il n'a pas les altérations de l'humeur, la méchanceté et la colère du précédent. Il cause volontiers, avec prolixité, s'épanche avec bonhomie. Avec la nuit ou bien au cours d'un sommeil peuplé de cauchemars qui le réveillent en sursaut, les troubles surgissent ; il devient inquiet, tremble davantage, entre en sueur ; des illusions, des hallucinations visuelles l'apeurent, le terrifient ; il croit voir des flammes, des incendies, des animaux, de l'eau qui coule, des gens qui le menacent ; anxieux, il veut fuir ou se défendre et c'est une nuit infernale qui va s'écouler. N'écoutant rien, ne reconnaissant même pas toujours les siens, il va vivre son cauchemar, en proie à la peur, à l'anxiété, à l'épouvante. Il luttera contre des adversaires imaginaires, se défendra contre des dangers inexistants et involontairement pourra blesser l'un ou l'autre de son entourage. Au petit matin, épuisé, il s'endormira pour se réveiller plus ou moins hébété, ne se rappelant que confusément les scènes de la nuit, capable tout de même de se rendre à son travail et, auparavant, « pour s'éclaircir » de prendre « un petit blanc » chez le plus proche marchand de vins. Sollicité par la femme, nous allons voir le sujet ; de jour, il est parfaitement lucide, répond correctement, nie peut-être de bonne foi ce qu'on lui reproche tout en reconnaissant qu'il boit « un peu » ; il soutient qu'on exagère et qu'il n'y a rien... Il nous faut nous retirer sans pouvoir agir. Si nous acceptons de nous déranger de nuit, nous assistons alors aux manifestations d'un état onirique typique, délirant, de nature à compromettre le repos des voisins et la sécurité de la famille. Devant

©BIUM

l'évidence du syndrome et du danger qu'il occasionne, il nous est à ce moment possible de faire transporter notre alcoolique à l'hôpital ou à l'asile. Mais le diagnostic et la décision exigent la visite de nuit, toute l'activité onirique s'éteignant avec le jour.

Les « aliénés en liberté » que nous venons de dépeindre sommairement présentent certains points communs sur lesquels il nous faut insister avant de présenter nos conclusions.

Ils sont, avant tout, inconscients de leur état morbide ; même entièrement lucides, capables de discuter avec logique et témoignant d'une mémoire à toute épreuve, tels certains paranoïaques, hypomaniaques ou pervers, ils expliqueront les anomalies de leur conduite, les réactions morbides auxquelles ils se sont livrés, les impulsions dangereuses qui nous sont rapportées, par la faute ou la méchanceté des tiers, par des circonstances étrangères à leur volonté, par l'effet du hasard, par tout ce qu'ils pourront inventer, sauf par leur état pathologique ; ils ne se reconnaissent pas malades, ils s'ignorent comme tels (à part quelques hypomaniaques auxquels la multiplicité des accès et des internements confère une vague conscience de leur rechute), ils refusent dès lors d'écouter le médecin, ne consentent pas à se soigner, encore moins à se laisser traiter par un isolement passager.

D'autre part, ils sont dangereux, soit pour eux-mêmes à raison de leurs tendances au suicide, soit pour l'ordre public par leur bruit, leurs plaintes, leurs récriminations, leurs diffamations, leurs scandales, soit enfin pour la sécurité des personnes du fait de leurs colères, de leurs violences, de leurs menaces, de leur impulsivité agressive. Ce sont des malades à réactions antisociales, et c'est pourquoi il y a lieu d'intervenir à leur égard ; autrement, il n'y aurait qu'à les laisser tranquilles et délirer paisiblement.

Il faut donc intervenir, malgré leur opposition et leurs protestations. La contrainte à exercer à leur endroit pour sauvegarder la Société et pour les obliger, par l'isolement forcé que constitue l'internement, à se traiter, ne créerait aucune difficulté si elle ne devait être critiquée par personne. Une aliénation évidente et créant un état patent de danger social exige d'urgence, pour quiconque s'en rend compte, l'internement d'office dans un asile spécial. Mais en pratique, nous nous heurtons bien souvent à des critiques, à des protestations indignées, émanant de membres de la famille, de défenseurs payés par le malade ou s'érigeant spontanément.

Dans les cas même les plus avérés, il est rare de ne point

©BIUM

rencontrer dans une famille quelques membres qui s'insurgent, par bêtise ou par intérêt, contre le placement du malade à l'asile ; et quand ce ce sont pas des parents, ce sont des amis, des voisins, des étrangers ne connaissant rien du malade ni de ses actes qui prétendent critiquer le médecin « qui voit des fous partout », crient à la violation de la liberté individuelle et provoquent, de la part d'avocats ou de journalistes, aussi incompétents qu'eux et plus encore ignorants de l'affaire, des articles virulents sur les séquestrations arbitraires — dont, à vrai dire, nous ne connaissons pas, depuis la loi de 1838, d'exemple authentique. Force est alors de palabrer, de persuader, voire de se défendre, pour convaincre tout le monde, y compris magistrats et commissaires de police qui cependant, par leur profession, doivent posséder une teinte de psychiatrie, que l'internement est non seulement justifié mais encore nécessaire et urgent.

Ce n'est pas tout, il faut aussi compter avec les *délires collectifs,* bien plus fréquents qu'on ne supposerait, délires à deux, conjugal, fraternel, ou plus souvent sororal, délire familial frappant la mère et le fils ou la fille, atteignant parfois simultanément les parents et les enfants. Ce sont alors des complications imprévues qu'il faut surmonter. Tout dernièrement, pensant visiter un aliéné au domicile familal, je trouve, le père ayant fui parce que personnellement visé, un trio délirant composé de la mère, du fils et de la fille, qui s'opposaient collectivement à mon entrée et naturellement à mon examen.

L'internement d'un aliéné en liberté n'est pas, on s'en rend compte, toujours aisé à opérer, en raison de l'incompréhension de l'état morbide par le malade d'abord, par les proches ou les étrangers ensuite, de l'opposition à vaincre, de la suspicion, de la pusillanimité ou de la peur des responsabilités des uns, de la malignité, de la mauvaise foi ou de l'intérêt déçu des autres. Dans ces cas difficiles, comment intervenir et opérer ? Nous ne retenons, naturellement, que les cas où le placement volontaire est rendu impossible par la résistance de l'aliéné, la carence, l'incurie ou la faiblesse de la famille. Lorsqu'il existe, en effet, de la famille, et que celle-ci, en mesure de consentir quelques frais, comprend la situation, on peut avoir recours, pour le transfert du malade à l'asile public ou privé nécessité par ses réactions, à des infirmiers et une ambulance privée. Mais voyons les cas les plus difficiles, les plus embarrassants au point de vue pratique, ceux pour lesquels on est obligé de solliciter l'intervention de la police.

©BIUM

Alerté par l'un ou l'autre, parent, ami, voisin, le commissaire de police à Paris et le maire dans les autres communes ont tout pouvoir « en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique » pour ordonner à l'égard d'un aliéné toutes les mesures provisoires nécessaires (art. 19 de la loi de 1838). Mais, si le commissaire ou le maire acceptent de décider d'emblée l'envoi du malade à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, à l'hôpital du lieu ou à l'asile du département, lorsqu'il a provoqué un scandale public ou accompli un acte dangereux tel qu'une tentative d'homicide ou de suicide, il est bien rare qu'ils y consentent lorsqu'il n'a rien fait de véritablement extravagant ; ils attendront pour agir que l'acte dangereux ait été commis, ou qu'il y ait eu tout au moins un commencement d'exécution, à moins qu'ils ne se sentent couverts par un certificat médical formellement concluant. Les familles se retirent en maugréant contre la police qui ne veut interner qu'après l'accident prévu au lieu de l'éviter en se saisissant à l'avance du prétendu aliéné et elles se retournent vers le médecin, lui demandant le certificat circonstancié exigé par le magistrat. C'est en définitive au médecin qu'incombe la responsabilité de l'envoi du malade dans un service officiel d'observation. Or, pour rédiger l'indispensable certificat, il faut d'abord procéder à l'examen d'un sujet rétif, protestataire et souvent dangereux. Tâche difficile. Si elle ne l'était pas, d'ailleurs, l'on ne viendrait pas nous chercher...

Comment aborder le malade ? L'aliéné ne se reconnaît pas tel, il n'a pas besoin du médecin, il refuse de le voir, de l'entendre, de se prêter à son examen. Méfiant il s'enfermera, ou bien surpris dans sa chambre il se taira, dissimulera son délire, niera tout ce qu'on a constaté, tout ce qu'il a déclaré à d'autres, enjoindra au médecin de s'en aller et si celui-ci insiste s'enfuira, ou bien, s'encolérant, insultera, menacera, frappera même. Dans bien des cas nous serons donc obligés de renier notre qualité et de revêtir une personnalité d'emprunt, en surveillant soigneusement nos expressions et nos gestes professionnels pour ne pas éveiller des soupçons, lesquels pourraient déclencher une réaction dangereuse.

Il faut donc user d'un subterfuge, nous affubler d'une qualité appropriée au délire du malade, nous présenter comme un enquêteur envoyé, suivant ce que nous avons recueilli comme renseignements préliminaires, par le propriétaire, la police, le gouvernement français ou un gouvernement étranger, voire la Société des Nations. La police est souvent bien accueillie lors-

©BIUM

qu'elle se présente comme protectrice, mais elle peut aussi être fort mal reçue par un persécuté qui se croit poursuivi par elle. Il faut savoir rapidement orienter ses questions, s'inspirer des réponses pour pousser une nouvelle pointe, se garder de tout plan méthodique qui ferait penser à un juge d'instruction. Si le malade consent à parler, ne pas le heurter, ne pas le contredire, ne pas lui laisser croire qu'on le prend pour un malade, encore moins pour un aliéné, l'approuver, partager ses idées, lui donner raison, le plaindre au besoin ; en un mot, pour extirper son délire, il faut dire comme lui, délirer comme lui. Ne pas trop parler, éviter de donner un conseil ou un avis, on risque de choquer le sujet dans ses convictions délirantes, d'éveiller ses soupçons, de couper court à ses confidences, de provoquer une réaction. Savoir, au contraire, s'étonner, s'intéresser au récit, demander une explication, paraître mal renseigné pour obtenir des détails plus nombreux et plus précis, bref savoir faire parler sans dire grand'chose, sans se découvrir, sans inspirer la méfiance, sans irriter ni blesser.

Tout en interrogeant, plus exactement tout en causant, regardons attentivement, enregistrons rapidement tous les détails, d'un coup d'œil balayons la pièce où nous nous trouvons. L'inspection d'un aliéné, surtout dans le cadre où il vit, est extrêmement importante. Le désordre qui règne chez lui, la malpropreté, la présence de restes d'aliments, de détritus, de médicaments, tout peut servir à faire parler le malade ; des rangements spéciaux, l'apposition de fils, de ficelles ou de cachets, certains procédés de défense, verrous multiples, chaînes, garnitures de papier, le fait de se claustrer, de se barricader à domicile, feront immédiatement diriger l'entretien sur les systèmes agressifs employés par de probables persécuteurs ; l'attitude, la mimique, l'accoutrement, la coiffure, les décorations trahiront des idées de grandeur qui seront ainsi plus faciles à extraire. Tâcher en terminant et avec une excessive prudence de savoir si l'aliéné est armé, disposé à tirer si on se présente chez lui maladroitement pour se saisir de sa personne ; enfin dire qu'on enverra un émissaire lui porter des nouvelles ou bien qu'on le convoquera prochainement au commissariat, à la préfecture, au ministère..., cela dans le but de favoriser l'enlèvement sans incident et le transfert à l'asile ou à l'infirmerie spéciale.

C'est, on le voit, tout un art que d'effectuer dans certaines conditions spéciales de difficulté une visite au domicile d'un aliéné et cela ne va pas sans quelques risques. Dans certains cas, malade refusant d'ouvrir, ne se trouvant jamais chez lui

©BIUM

parce qu'errant toute la journée par les rues, alcoolique lucide et violent capable de frapper le visiteur dès son entrée, délirant jaloux susceptible de brutaliser ou de tuer sa femme sitôt notre départ parce qu'il aura compris que nous sommes venu l'interroger sur la plainte de celle-ci et qu'il s'attendra à être arrêté et emprisonné ou interné, nous nous entendons avec le commissaire de police pour le faire convoquer à son bureau ; nous l'examinons alors au commissariat et, s'il y a lieu, rédigeons sur place le certificat motivant l'envoi immédiat à l'infirmerie de la préfecture de police. Mais il ne faut pas croire que tous les malades de cette catégorie acceptent de se rendre à la convocation; il nous est arrivé mainte fois d'attendre vainement au poste le « convoqué » et d'être obligé d'user d'un autre moyen pour le forcer à subir notre examen ; plus d'une fois nous avons attendu dans une loge de concierge ou un bureau d'hôtel la rentrée du « suspect d'aliénation » pour nous précipiter sur ses pas et commencer l'entretien dans l'escalier, nous glisser avec lui dans son logement. Dans un cas de délire à deux, nous fûmes une fois reçu par le mari et la femme qui, le doigt sur la bouche, nous demandèrent le silence. A voix basse, dans l'oreille, et en profitant du roulement d'une voiture dans la rue qui masquait encore leur voix, ils nous expliquèrent que les voisins entendaient tout ce qui se disait chez eux, et dans la rue les passants de même. Ils ne pouvaient donc rien nous dire. Nous les priâmes de descendre et les fîmes monter dans notre voiture. Alors, tout en roulant lentement dans des rues écartées d'Auteuil où nul passant n'apparaissait, nous reçûmes leurs confidences délirantes.

Si l'internement est décidé après l'examen, il importe qu'il soit réalisé le plus tôt possible, la visite activant fatalement les préoccupations du malade et exacerbant son délire et ses tendances impulsives ; toute tergiversation peut occasionner un accident, un drame familial. Il y a quelques années je voyais chez lui un mélancolique, parfaitement lucide mais nettement délirant, émettant des idées d'auto-accusation et de ruine. Je conseille son envoi en maison de santé ; la famille accepte péniblement le principe du placement et remet de jour en jour son application. La nuit précédant l'entrée enfin décidée du malade à l'établissement choisi, il tue sa femme et sa fille et se suicide avec son fusil de chasse. Tout récemment nous conseillons l'internement d'une cénestopathe hypocondriaque à interprétations délirantes très actives. La famille ne comprend pas l'urgence, hésite et laisse la malade sous la surveillance d'une amie. Quel-

©BIUM

ques jours se passent ; brusquement la malade, convaincue que l'amie fait partie de la bande qui la persécute, sort un revolver de son sac, tire sur elle, la blesse grièvement, parvient à s'enfuir, s'enferme dans des w.-c. et s'étrangle avec un torchon.

Dans son rapport au Congrès de Médecine légale sur les aliénés en liberté (1), le Professeur Claude préconise l'examen au commissariat du sujet suspect d'aliénation mentale à réactions dangereuses par un médecin spécialisé, au besoin son examen par une Commission spéciale médico-judiciaire. Voici, d'ailleurs, intégralement reproduit le 5e § de ses conclusions.

« Interventions médicales diverses prescrites à l'égard des individus suspects de troubles mentaux méconnus ou refusant de se soumettre à un traitement ou à un examen dans un service de prophylaxie.

« *a*) Déclaration médicale à l'autorité administrative des cas d'aliénation mentale suspects de réactions dangereuses, à la condition que les représentants de l'autorité administrative soient tenus comme le médecin au secret médical (C.P., art. 378).

« *b*) Examen d'un sujet suspect de troubles mentaux à caractère dangereux par un médecin spécialisé désigné dans chaque arrondissement par l'autorité administrative ; le médecin, dans les cas de troubles nécessitant un traitement, sera qualifié pour imposer le placement en service libre ou l'internement après envoi à l'Infirmerie spéciale s'il y a lieu.

« *c*) Dans les cas délicats et contestables tant au point de vue de l'examen médical que des moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, citation par voie administrative pour examen devant une Commission médico-judiciaire. »

Il y a plusieurs années déjà qu'exposant la question du secret médical en matière d'aliénation mentale (2) nous demandions que le médecin fût légalement autorisé à signaler aux autorités compétentes (astreintes comme lui au secret professionnel) les cas d'aliénés susceptibles de réactions dangereuses : l'aliénation mentale à caractère dangereux devrait figurer sur la liste des maladies à déclaration facultative. Aussi avons-nous été particulièrement heureux de voir notre opinion confirmée par M. Claude.

Par contre, nous considérons que l'examen au commissariat doit être exceptionnel ; le malade ne se livrera pas pareillement chez lui et au poste de police, il éludera, sera réticent et dissi-

(1) *Ann. de Méd. Lég.*, avril 1933.
(2) *L'Hygiène Mentale*, juillet-août, novembre et décembre 1925.

©BIUM

mulé, étant averti de la qualité de son interlocuteur ; méfiant, se croyant persécuté par la police, il ne se rendra même pas à la convocation ou se taira, ou niera tous les éléments de l'enquête préalable.

Quant à la Commission médico-judiciaire, elle peut très utilement être appelée à donner son avis dans certains cas litigieux de maintien ou de sortie d'un aliéné interné, dans les plaintes en spoliation ou mauvais traitements ; mais je ne vois réellement pas son rôle dans l'appréciation d'un de ces cas difficiles de pratique psychiatrique. D'abord, quand il y a une plainte contre aliéné, il s'agit presque toujours d'un cas d'urgence ; il faut donc aller au plus vite et la réunion d'une commission comportant plusieurs membres exige forcément un certain temps. Puis le malade convoqué sera comme précédemment méfiant, réticent, dissimulateur et négateur, ou plus simplement ne se présentera pas, ou encore rendu inquiet et anxieux par sa convocation mettra à exécution ses projets de désespoir ou de vengeance et se libérera par un acte de suicide ou d'homicide de ses impulsions jusque là refoulées. Enfin j'estime que pour bien examiner un malade mental, il faut être seul avec lui afin de diriger à son gré l'entretien, préparer par certaines questions banales celle qui importe, louvoyer prudemment en attendant le mot qui montrera la voie d'accès au délire ; à plusieurs on aura trop tendance à interroger comme des experts ou des magistrats, on ne réussira pas aussi bien à « faire causer » un malade sur ses gardes, à endormir sa méfiance en abondant dans son sens, à se servir d'un geste, d'un sourire, d'un coup d'œil, d'un détail quelconque de la mise ou du cadre pour comprendre le délire et le « faire sortir » ; pour confesser un patient, il faut être seul avec lui.

Ce qui, de haut, domine la question des aliénés en liberté pour lesquels on nous demande une visite à domicile, c'est *le refus du malade de consulter ou de recevoir un médecin.* Pour ceux qui acceptent, en effet, on n'a nul besoin de nous, on fait appeler qui l'on veut, ou bien on les conduit docilement à la consultation de l'hôpital.

Nos exemples d'opposition systématique et farouche à tout examen médical ne se comptent pas.

Une visite à domicile nous est demandée le 26 septembre 1933 pour Mlle O. par sa sœur, sur le conseil du commissaire de police du quartier, après plaintes de la concierge et des voisins. Mme la doctoresse André va voir la malade. « Celle-ci, nous déclare-t-elle dans son rapport, extrêmement méfiante, refuse

©BIUM

tout d'abord de nous recevoir, finit par ouvrir sa porte avec précaution quand nous lui disons venir de la part de sa sœur. Cependant elle nous témoigne une hostilité négativiste au cours de l'examen, refuse de répondre à beaucoup de questions et nous met finalement à la porte. » Néanmoins Mme André a eu le temps de recueillir des réponses délirantes, de constater le désordre de la chambre et l'incurie morbide de la malade, de réunir suffisamment d'éléments pour rédiger un certificat concluant à un placement d'office.

Une visite est demandée le 5 octobre 1933 pour Mlle A. en qui son père craint de voir « une seconde Violette Nozières ». Nous envoyons Mme la doctoresse André. « Il nous est très difficile, écrit-elle dans la note qu'elle nous remet, de rencontrer Mlle A. dont la vie est des plus irrégulières. Nous la trouvons chez elle un matin de très bonne heure avant qu'elle ne soit levée. Il nous semble nécessaire d'employer une ruse pour qu'elle accepte de nous recevoir et de nous parler. Nous nous présentons donc comme étant chargée d'une enquête littéraire sur la jeunesse actuelle. Elle cherche alors à se mettre en valeur et répond à toutes nos questions avec une extrême complaisance, faisant une sorte d'étalage de ses perversions » (héboïdophrène probable).

Une visite est demandée le 18 janvier 1934 pour Mlle D. par sa sœur. Malade persécutée, claustrée, refusant tout aliment. Nous déléguons Mme la doctoresse André auprès d'elle. « Malgré huit jours de jeûne volontaire et bien qu'elle soit au lit, Mlle D. nous reçoit avec hostilité. Très réticente et même agressive, elle refuse de nous parler et nous invite à sortir au bout de quelques minutes... Elle convient qu'elle a quitté son travail il y a deux mois et que depuis ce moment elle se calfeutre chez elle, n'ouvre sa porte à personne, refuse de sortir, ne prend aucun soin de toilette, refuse également de s'alimenter et parle constamment de se jeter par la fenêtre. »

Une visite nous est demandée le 20 février 1934 pour M. B. par sa mère qui insiste sur ce point qu'il ne veut recevoir aucune visite médicale et qu'il se refuse obstinément à venir lui-même à une consultation.

Mme la doctoresse André se rend, à notre invite, auprès du malade. « Nous sommes obligée d'employer un subterfuge pour qu'il accepte de nous recevoir... Il nous avoue enfin qu'il a des crises de violences ; il dit vouloir briser tout ce qui lui résiste ; il nous exprime des sentiments de haine vis-à-vis des siens et convient qu'il les tuerait volontiers s'il le pouvait. Il nous expri-

©BIUM

me enfin son désir de la mort et son intention d'en finir » (démence précoce en évolution).

Le 5 février 1934 une visite à domicile nous est demandée pour M. Le B. à Colombes par les services de la Préfecture de Police. Mme la doctoresse André se rend chez lui. C'est un ancien étudiant en médecine frappé de démence précoce. Sans travail, sans ressources, loyer impayé. A dilapidé sa fortune. Ne veut ni travailler ni se rendre dans un hôpital. Vit dans un taudis. « Nous n'insistons pas, nous dit-elle, sur les difficultés que nous avons éprouvées pour arriver à le rencontrer. Quand il est chez lui, il reste au lit et n'ouvre pas la porte ; le reste du temps il se livre à la mendicité. »

Une visite à domicile nous est demandée d'extrême urgence le 12 avril 1934 par une hôtelière pour un de ses pensionnaires qui depuis quelques jours lui inspire de légitimes inquiétudes. Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, étudiant en droit, originaire de La Martinique, absolument esseulé en France. Claustration dans sa chambre. Refus de toute nourriture. Refus d'ouvrir. Ne répond même pas quand on l'appelle. Mme la doctoresse André se rend aussitôt à son hôtel, obtient de lui, à travers la porte, ces paroles : il est en train de faire une opération très importante concernant une phase capitale de sa vie et sa mort ne va pas tarder. Elle fait ouvrir la porte en présence de témoins. Le malade est debout, immobile, dans une attitude d'halluciné. Le lit n'a pas été fait depuis trois jours. Il ne répond pas aux questions, reproche la violation de son domicile et prétend qu'il n'a pas besoin de manger ; le jeûne est un aliment, la prière suffit à tout, la mort est proche, il doit s'y préparer, l'intervention présente l'importune... Placement d'office.

Nous n'en finirions pas de conter nos propres visites plus ou moins mouvementées. Je vais voir un jour, à l'hôtel où il réside, un juge étranger. C'est un grand délirant qui se croit diffamé par la Franc-Maçonnerie et pense qu'on veut le tuer lentement « à coups d'épingle ». Il se répand en invectives et en menaces contre son Gouvernement et celui de la France. Il ne peut porter plainte, nous dit-il, contre ses persécuteurs, parce que le Gouvernement, les Ministres, la Police, tous appartiennent à la Franc-Maçonnerie. C'est une infamie, de la boue, c'est indigne des hommes, mais la Franc-Maçonnerie a fait avec lui une mauvaise affaire, *il est de ces ennemis qui tuent ou qu'il faut tuer.* Il est décidé *à se défendre et à tuer* le premier qui se moquera de lui, acceptant d'avance son châtiment. De fait, il a déjà tiré dans une ville étrangère des coups de revolver sur des enfants

©BIUM

et blessa l'un d'entre eux, à la suite de quoi il fut momentanément interné. Récemment, il a frappé à coups de fouet et de poing le secrétaire du Grand-Maître de la Franc-Maçonnerie de son pays, s'est livré à des violences contre son entourage familier, a craché à la figure d'un passant... On nous a prévenu qu'il était armé et se méfiait d'un réinternement possible. Nous arrivons jusqu'à lui en nous faisant annoncer « de la part de la Société des Nations, au courant de ses persécutions par la Franc-Maçonnerie internationale et disposée à le défendre contre elle ». Une fois seul avec lui dans sa chambre d'hôtel, nous réussissons à obtenir ses confidences, ce qui nous permit de le faire réinterner le lendemain par placement d'office.

Une autre fois, c'est un marchand de meubles du faubourg St-Antoine que nous surprenons au lit pour éviter toute violence. Ancien pensionnaire d'asiles d'aliénés, après quelques échanges de paroles, il devine notre qualité et notre mission ; tout en nous menaçant, il commence de s'habiller. Nous avons le temps de nous retirer et d'entrer dans un autre immeuble ; derrière nous, il s'élance dans l'escalier, son revolver à la main. Avec Mlle la doctoresse Badonnel, nous allons ensemble voir un couple qui nous est signalé comme délirants armés. Ce sont des brocanteurs, détenteurs d'un stock d'armes, revolvers, carabines... L'homme est un paranoïaque dément, sujet à des colères morbides ; mû par une haine délirante, il se dispute avec son propriétaire et se montre revendicant à son égard sur des bases tout imaginaires. La femme, également paranoïaque, avec état passionnel continu, se tient claustrée dans l'arrière-boutique, défendue en outre par un chien qui ne nous permet pas d'approcher. Notre examen cependant est suffisamment concluant pour aboutir à un double placement d'office.

De ces quelques observations que nous pourrions multiplier à volonté une conclusion se dégage et s'impose : lorsque l'aliéné refuse d'aller au médecin, c'est au médecin d'aller à lui. Le convoquer au cabinet, à l'hôpital, devant une Commission, nous paraît devoir être le plus souvent inopérant, parfois même dangereux.

Ce que je juge, en résumé, de plus pratique, c'est ce qui se fait à l'hôpital Henri-Rousselle, mais le service devrait être officiellement organisé et généralisé.

Nous recevons à l'hôpital toute demande de visite à domicile d'un présumé aliéné appartenant au département de la Seine, qui se refuse à consulter, soit chez lui soit à l'hôpital, et dont l'entourage a à se plaindre. Le cas nous est signalé soit par la

©BIUM

famille directe, soit par l'ami ou la maîtresse, plus rarement par un voisin ou le logeur, soit enfin par la Préfecture de Police.

Sauf pour les cas d'urgence, nous demandons qu'un médecin ou une assistante sociale spécialement détachée à ce service, rédige avec les renseignements fournis une observation suffisamment détaillée pour permettre d'apprécier en gros le cas qui nous est soumis, de préparer avec l'entourage familial une heure et un motif de présentation, et si nous sentons la chose nécessaire d'entrer en rapport avec le commissaire de police du quartier pour examen au commissariat. Nous aimerions que, chaque fois que la chose est possible, le parent le plus proche ou, tout au moins, un ayant-droit, nous fasse une demande écrite de visite à domicile concernant telle personne nommément désignée, en raison de tels faits énoncés et détaillés.

Tout le travail préparatoire à la visite, tout le travail effectif de l'examen étant réalisés, si les conclusions auxquelles on aboutit sont formelles, un certificat est remis à la famille pour placement volontaire du malade ou — généralement — à la police (Préfecture d'une part, commissaire de l'autre) en vue d'un placement d'office, car si le malade est rebelle à se rendre à une consultation, il le sera bien plus encore pour entrer à l'asile même avec un subterfuge. Nous faisons là un travail des plus utiles au point de vue de la prophylaxie sociale, mais si nos services sont acceptés et même sollicités par les pouvoirs publics, ils ne sont pas réellement organisés par eux.

Voici en principe ce que nous demanderions :

1° la reconnaissance officielle d'un service de visites à domicile pour indigents suspects d'aliénation mentale (les malades fortunés doivent s'entendre directement avec un psychiatre de leur choix), comportant :

a) l'allocation d'honoraires en rapport avec le service rendu, le temps passé et la difficulté du cas (comme pour une expertise mentale) ;

b) l'attribution en faveur du psychiatre visiteur d'une police d'assurance-accident ou la reconnaissance d'un droit à indemnité en cas de blessure reçue au cours de la visite ;

c) l'envoi aux commissaires de police d'instructions accréditant auprès d'eux les médecins agréés, leur enjoignant de faciliter leur tâche dans la mesure du possible et de transférer aussitôt à l'Infirmerie spéciale tout malade qui sera l'objet d'un certificat de leur part concluant à cette mesure de mise en observation aux fins de placement d'office.

©BIUM

2° la déclaration facultative par le médecin qui en a connaissance de tout cas d'aliénation mentale revêtant un caractère dangereux, au même titre que certaines maladies contagieuses ; de cette façon l'objection du secret professionnel ne pourrait être invoquée contre la dénonciation à l'autorité publique d'un malade, même susceptible d'accomplir un acte homicide dont il ne pourrait ensuite être reconnu responsable.

L'organisation officielle d'un tel service dans la Seine et son extension dans les autres départements permettraient le dépistage précoce des aliénés dangereux en liberté et leur isolement rapide, sans attendre pour intervenir, comme on le fait trop aujourd'hui, qu'il y ait eu un accident, une tentative de suicide, une agression meurtrière ou seulement un scandale manifeste sur la voie publique.

Les cas les plus délicats sont assurément ceux de délire collectif, dans lesquels deux ou plusieurs membres de la même famille sont atteints et doivent être emmenés *en même temps* pour éviter une réaction violente de la part du co-délirant laissé en liberté. Ces cas ne sont pas, avons-nous fait remarquer, tellement exceptionnels ; nous en connaissons un certain nombre dans lesquels nous avons dû intervenir : délire à deux, mari et femme, amant et maîtresse, mère et fils, mère et fille, sœurs ; délire à trois (grand'mère 72 ans, mère 50 ans et fille 30 ans : mère 64 ans, fils 41 ans et fille 38 ans) ; délire à quatre (parents 72 et 67 ans, fils 36 ans et petit-fille 5 ans) ; récemment enfin délire à cinq (mère, fille et gendre, fils et belle-fille, observation présentée à la Société Médico-Psychologique avec notre collègue Heuyer en février 1935).

Un point pratique important en matière de délire collectif avec réactions dangereuses est d'isoler simultanément ses divers participants ; l'on risque autrement un accident. Dans le cas P. (délire conjugal de persécution à l'égard de voisins), le mari est envoyé à l'Infirmerie spéciale sur le vu de notre certificat. Il faut ensuite s'emparer de la femme demeurée seule dans un pavillon, claustrée, refusant d'ouvrir et de sortir, même pour se rendre auprès de son mari. La porte doit être forcée. La malade parvient à s'échapper et à grimper dans un escalier étroit où elle se suicide d'un coup de revolver. En réalité, les armes possédées par le couple délirant n'étaient pas destinées à un suicide mais dirigées soit contre les voisins d'en face, soit contre toute personne qui chercherait à pénétrer de force. L'on trouva, en effet, suspendu au mur, à hauteur de main et en haut de l'escalier dans lequel Mme P. s'est suicidée, un fusil de chasse garni

©BIUM

de deux cartouches à chevrotines et dont les chiens étaient armés, prêts à faire feu ; dans un placard se trouvaient, à proximité, 15 cartouches de chasse et 9 cartouches blindées pour revolver. Dans notre cas de délire à cinq, toute la famille fut emmenée en même temps ; les persécuteurs supposés, déjà menacés de mort, un prêtre, son secrétaire, des médiums de foire, eussent pu sans cela être mis à mort en représailles par les co-délirants demeurés libres.

En définitive, la question des aliénés en liberté nous semble devoir être facilement résolue; elle l'est pratiquement, du moins à Paris et partiellement ; un service spécial de visites à domicile existe ; il fonctionne depuis 12 ans ; il a fait ses preuves et nul ne saurait le contester. Plus de 2.000 visites ont été faites, dont 284 pour l'année 1934. Il nous paraît inutile d'en compliquer le jeu si simple, mais il est indispensable de le faire bénéficier d'une consécration officielle et de garantir ceux qui assurent une mission sociale toujours délicate, souvent difficile et parfois dangereuse.

©BIUM

PSYCHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE DE L'AUTOMOBILISME

PAR

ANDRÉ REPOND

La conquête du monde par la science, très lente pendant des millénaires, s'est accélérée dès le XVIII[e] siècle et a pris, de nos jours, une allure vertigineuse.

L'homme s'habitue, en apparence, aisément à toutes les commodités que cela lui procure et l'on pourrait croire que les progrès de la technique n'ont pas sur lui d'influence profonde. Une observation plus attentive montre, cependant, que bien des découvertes qui semblent, au premier abord, n'avoir d'autre effet que d'ajouter quelque chose aux agréments de la vie, amènent plus ou moins rapidement certaines modifications biologiques.

Il en est ainsi, par exemple, de l'avènement de la lumière électrique, dont l'action sur la durée et la profondeur du sommeil se fait de plus en plus sentir. La durée du sommeil paraît, en effet, primitivement liée à la durée de l'obscurité, chez les animaux comme chez l'homme. Avec les progrès de l'illumination, la vie nocturne se développe aux dépens de la longueur du sommeil, dont on semble avoir moins besoin. La lumière artificielle maintient en éveil l'intérêt, absorbe l'attention, crée des possibilités d'occupations ou de distractions prolongées et empêche le repliement sur soi-même, le désintérêt pour le monde extérieur, conditions nécessaires du sommeil. Aussi, Edison prétendait-il, il y a quelques années, que dormir est un phénomène biologique primitif, bon pour l'homme des cavernes, dont l'homme moderne finirait par perdre peu à peu l'habitude, sans s'en porter plus mal. Cette idée n'est pas aussi paradoxale qu'elle semble l'être au premier abord, car il est certain que beaucoup de gens dorment bien au-delà de leurs besoins et qu'ils pourraient restreindre sensiblement la durée de leur sommeil, sans inconvé-

ANN. MÉD.-PSYCH., XV[e] SÉRIE, 93[e] ANNÉE, T. II. — Juin 1935.

©BIUM

nient pour leur santé. Quoi qu'il en soit, nous voyons là un progrès purement technique exercer une influence sensible sur la biologie humaine et même animale. On sait, par exemple, que l'on obtient de meilleurs résultats de ponte en laissant les poulaillers éclairés une partie de la nuit.

Beaucoup de progrès techniques nous semblent ainsi pouvoir provoquer des modifications dans les habitudes de vie, le caractère, les réactions physiques ou psychologiques. Il est d'ailleurs naturel que ces changements, exigeant une adaptation immédiate à une réalité rapidement modifiée, ne se fassent pas sans difficultés : la crise actuelle avec ses mouvements politiques et sociaux, son déséquilibre général, doit bien être considérée en partie comme une réaction aux progrès de la technique, du machinisme, de l'industrialisation.

L'hygiène mentale ne saurait donc se désintéresser des découvertes scientifiques ou des progrès techniques susceptibles de provoquer, directement ou non, des symptômes individuels et collectifs d'inadaptation psychologique.

A ce point de vue, l'automobilisme nous paraît être un fait à répercussions biologiques profondes et diverses. Relevons d'abord que la crise économique actuelle, qui a paralysé la presque totalité des industries, n'a, pour le moment, que ralenti, mais non arrêté, le développement de l'automobilisme. Ce fait semble bien indiquer que l'automobile ne satisfait pas seulement un besoin économique, mais procure surtout un grand plaisir à son possesseur. On se prive, en effet, plus volontiers de l'utile, et même du nécessaire, que de l'agréable.

Etudions d'abord les conditions psychiques générales que provoque le fait de conduire un automobile. Mis à part les sentiments d'angoisse, très fréquents, surtout au début de l'apprentissage et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, on constate que le fait d'être au volant suscite, ou tout au moins amplifie, chez la grande majorité des conducteurs, certains sentiments de puissance. Ces sentiments sont souvent accompagnés d'une impression de bien-être, d'augmentation de la personnalité, d'accroissement de force, et vont même parfois jusqu'à une vague sensation de toute-puissance.

On sait que chez beaucoup d'individus les sentiments de puissance sont inconsciemment exagérés afin de servir de contrepoids ou de surcompensation aux sentiments d'insuffisance et d'infériorité qui jouent un rôle important dans la constitution du caractère et du comportement. Au reste, les sentiments d'insuffisance ne sont pas toujours conscients, car, fort pénibles à

©BIUM

supporter, on s'efforce de les refouler : ce qui tend alors à favoriser la production de traits de caractère, de manières de sentir et d'agir qui, à l'analyse, se révèlent comme de simples réactions compensatrices. On sait, par exemple, que la vanité, la jactance, la vantardise servent presque toujours à contrebalancer une insécurité intérieure inconsciente. Les sentiments conscients d'infériorité se trahissent, au contraire, aisément dans l'habitus psychique des gens qui en sont affectés. En auto, leur manière de conduire est généralement caractéristique. Timorés, indécis, ils vont à petite allure, tenant le milieu de la route par crainte de ses bas-côtés, freinant à tout propos, clacksonnant sans nécessité, perdant la tête dans les encombrements, emballant leur moteur ou le calant dans les moments d'affolement. Une certaine inquiétude est d'ailleurs naturelle et presque constante au début de l'apprentissage de l'automobiliste. Les rêves d'angoisse sont alors fréquents, de même que les prémonitions d'accidents. Même chez les gens qui se vantent de ne pas connaître la peur, l'angoisse se montre de manière détournée et symbolique par les fétiches qu'ils suspendent dans leur voiture, les médailles de saint Christophe qu'ils fixent au tableau de bord, ou, encore, par certains gestes, certaines formules conjuratoires dont les unes sont efficaces contre l'embardée, le dérapage, d'autres contre l'éclatement. Tout cela fait partie des superstitions presque normales destinées à bannir l'angoisse de l'accident et à se protéger contre lui par des moyens magiques primitifs.

Les sentiments de puissance que suscite la conduite d'un automobile sont faciles à observer. Il faut n'avoir jamais été au volant d'une voiture pour ignorer la sensation de bien-être et de force que donne un auto qui répond bien à l'accélérateur, prend les côtes aisément, dévore les kilomètres. Le conducteur s'identifie alors inconsciemment à sa machine et participe à sa puissance ; somme toute, il a un peu l'impression que ce n'est plus seulement sa voiture qui est puissante, mais lui, qui la mène. Les automobilistes donnent d'ailleurs volontiers, et notamment par leurs naïves vantardises, la preuve de cette identification inconsciente. Quels sont ceux qui ne font pas l'éloge de leur machine, n'en parlent pas avec une naïve fierté ou une feinte modestie, qui n'en célèbrent pas les reprises foudroyantes, l'efficacité des freins, la douceur des ressorts, la marche silencieuse, la facilité de conduite, etc... Combien, d'autre part, ne sont-ils pas sensibles à ses moindres défauts, apparents ou non, à ses vices de construction, à ses anomalies de fonctionnement, à un petit bruit inusité, à un grincement de portière ?

©BIUM

C'est aussi un fait connu que la personnalité de beaucoup de gens semble même changer dès qu'ils sont au volant. On dirait que la puissance de la voiture amplifie certains traits de caractère et certains défauts du conducteur, dissimulés ou inactifs dans la vie quotidienne, mais qui s'extériorisent alors librement. Un exemple typique de ce fait est l'extraordinaire grossièreté de beaucoup de conducteurs, fort bien élevés habituellement, mais qui, dès qu'ils sont au volant, adressent tout naturellement les injures les plus énormes aux autres automobilistes, aux piétons et charretiers, bref à tous ceux qui portent atteinte à leur sentiment de puissance. De même, l'amour-propre qu'on met à « gratter » une voiture, la mauvaise volonté manifeste de se laisser dépasser, sont aussi des signes de cette exaltation, souvent anormale, du sentiment de puissance. En effet, ce même conducteur, quand il va à pied, ne songera jamais à accélérer le pas dans la rue, simplement parce que quelqu'un de plus pressé que lui veut le dépasser.

Je pourrais multiplier les exemples. Quel est l'automobiliste qui, passant sur une route parallèle à la voie du chemin de fer, n'est pas tenté d'engager un concours de vitesse avec le « grand frère » ? Quel est celui qui ne se sent pas piqué, ou même animé de la plus violente colère, si un de ses confrères le dépasse un peu dangereusement, sans égards, ou réclame trop impérieusement le passage ? Chose amusante, on voit parfois alors l'automobiliste consciencieux, prudent et respectueux des règlements, engager une lutte d'imprudence et de vitesse avec l'individu qu'il blâme. Ceci, bien entendu, sous le prétexte de lui donner une leçon, car les jeux inconscients de l'amour-propre et de l'instinct de puissance aiment à se masquer, comme les autres, sous les dehors les plus bénins et les plus vertueux.

L'intensité des sentiments investis dans l'automobile n'est pas importante seulement chez les conducteurs, mais tout autant chez les piétons et les autres usagers de la route. On sait que ces derniers réagissent souvent encore impulsivement, acrimonieusement, haineusement même, aux autos.

Le temps n'est pas loin où les plus ridicules restrictions étaient imposées à la circulation et où, par exemple, on exigeait, en Suisse, sur certaines routes de montagne, qu'un cheval fût attelé devant les autos. On ne manquait pas de prétendre que ces restrictions étaient raisonnables, mais si l'on va au fond des choses, il est facile de voir qu'elles n'étaient que des réactions instinctives de l'instinct de puissance. C'est qu'en effet, si l'automobiliste sent sa propre force multipliée par le nombre des

©BIUM

chevaux de son moteur, le piéton, au contraire, se sent instinctivement provoqué, menacé et diminué. Preuve contradictoire, les piétons les plus endurcis et les plus haineux pour l'automobile deviennent souvent, dès qu'ils sont dans une voiture, les plus féroces pour ceux qui vont à pied.

C'est là une observation quotidienne et dont les automobilistes font volontiers des gorges chaudes. Si la plupart de ces réactions se sont beaucoup atténuées ou ont même disparu chez les habitants des grandes villes, elles sont encore très manifestes sur les grandes routes et à la campagne où la circulation moins dense permet encore cette sorte de joute, plus ou moins inconsciente, de combat singulier entre l'automobiliste et le piéton ou le charretier. C'est le costaud, par exemple, qui, avec une lueur belliqueuse dans l'œil, se campe au milieu de la route, montrant que son amour-propre est engagé, qu'il ne bougera pas, qu'il ne cèdera pas la place au bonhomme en voiture qui se croit plus fort que lui. C'est un individu qui traverse bien en évidence la route en traînant un petit char et qui force ainsi l'auto à s'arrêter : il répond par un ricanement aux protestations du conducteur. Ces gens sont évidemment tout fiers de s'être montrés plus forts que l'automobile, et d'avoir remporté un triomphe sur lui. Ces sentiments étaient joliment illustrés par une caricature montrant un cul-de-jatte dans son petit char qui dévalait une pente à toute allure et dépassait une auto en panne en s'écriant : « Je sais bien que je vais me casser la gueule, au bas de la descente, mais j'aurai au moins eu le plaisir de gratter une auto. »

Les enfants, les petits garçons notamment, si sensibles à leur faiblesse, si pressés d'être grands et forts, ont, tout naturellement, réagi plus vite et plus intensément que les adultes, à l'auto, ce moyen de puissance. Quel est le petit garçon dont ce n'est pas le rêve le plus cher de posséder une voiture, tout au moins une motocyclette ? L'ambition infantile de conduire une locomotive, de devenir gendarme, soldat, professions dans lesquelles le sentiment de puissance est, en apparence tout au moins, satisfait, a fait place à celle d'être au volant. Aussi n'est-il pas surprenant que les carrières de mécanicien et de chauffeur soient déjà encombrées.

L'automobile démocratique, à la portée de tous, est un fait d'une extrême importance, non seulement sociale et économique, mais aussi psychologique. Bien que la portée de ce fait et ses conséquences éloignées nous échappent encore en grande partie, on peut prévoir que peu de découvertes techniques ont exercé, et exerceront, une influence aussi profonde sur la biologie humaine.

©BIUM

Aux Etats-Unis, l'automobile, beaucoup plus tôt que chez nous, n'est pas demeuré le privilège de l'homme fait, de celui qui gagne sa vie et se sert de cet instrument pour ses affaires ou son plaisir, mais a été obligé de travailler préalablement pour conquérir cette satisfaction. Là où l'automobile, très tôt, a été mis à la disposition des adolescents et même des enfants qui n'avaient pas encore mérité cet accroissement de puissance, par un effort personnel, les conséquences psychologiques de ce fait, pour autant que nous pouvons en juger, paraissent considérables. L'automobile devient, pour les adolescents, un affranchissement prématuré et presque total de la tutelle des parents : il donne aux jeunes une liberté dont ils ne sont pas toujours assez mûrs pour jouir modérément, et cela n'a pas été sans produire, entre autre, une influence notable sur le relâchement de la morale sexuelle. Jeunes gens et jeunes filles disposant librement de leur voiture, même pour aller en classe, comme cela se voit aux Etats-Unis, ne sont plus soumis à aucune surveillance. Aussi est-il dans l'ordre des choses que bien des conventions et des restrictions aient été ainsi rapidement battues en brêche. Il n'est donc pas exagéré de prétendre que, dans certains pays tout au moins, l'émancipation de la jeunesse est due, en partie, à l'avènement de l'automobile. Il va sans dire que l'adulte, lui aussi, n'a pas manqué de se servir de ce commode moyen d'affranchissement. Une caricature du Punch l'illustrait joliment : « Le chemin des amoureux autrefois et aujourd'hui » : « Autrefois » représente un couple, tendrement enlacé, se promenant sous les rayons de la lune dans une belle allée solitaire. « Aujourd'hui » représente la même allée, mais non plus solitaire : elle est peuplée à perte de vue d'autos dont chacun hospitalise un couple amoureux.

Le Dr Healy de Boston, un des connaisseurs les plus sagaces de la criminalité juvénile américaine, est d'avis que la progression de cette dernière, et de la criminalité en général, avait été liée au développement de l'automobilisme. En effet, dit-il, en plus de la libération commode qu'offre l'auto pour les sentiments de puissance, il assure souvent l'impunité en permettant d'échapper rapidement aux recherches. Seul aussi l'auto rend possible l'accomplissement de certains crimes, comme les rapts d'enfants et d'adultes, les attentats sur les banques, sur les convois d'argent, etc... Un médecin de New-York, inspecteur des écoles, va même plus loin encore et, dans une récente publication, dépeint l'influence catastrophique de l'abus de l'automobile sur la mentalité des jeunes générations américaines.

Cependant, la rançon la plus lourde que l'homme paie à l'auto-

©BIUM

mobile est, pour le moment, l'énorme augmentation des accidents. Plus de 30.000 personnes sont tuées, chaque année, aux Etats-Unis par suite d'accidents de circulation ; en Suisse, ces victimes se comptent par centaines, et par milliers dans les grands pays qui nous entourent. Il vaut donc la peine d'étudier les conditions psychologiques qui déterminent ces accidents, et s'il existe des moyens psychologiques de les prévenir.

C'est qu'en effet, les statistiques tendent à établir que près de 80 % des accidents sont dûs à des facteurs personnels, d'ordre psychologique en dernière analyse, et que les circonstances fortuites telles que l'éclatement, l'état de la route ou, encore, les vices de construction et les défauts d'entretien de la machine ne jouent, en proportion, qu'un rôle secondaire.

On s'est tout naturellement préoccupé en premier lieu de la santé et de l'intégrité corporelle et mentale des conducteurs, ainsi que de l'acuité de leurs organes sensoriels, aussi a-t-on proposé, sans succès d'ailleurs, de rendre un examen médical obligatoire, préalablement à l'obtention et au renouvellement des permis de conduire. L'utilité d'une pareille mesure ne saurait être contestée. Toutefois, on aurait, peut-être, trop volontiers tendance à se montrer exagérément sévère quand il s'agit d'infirmités peu accusées : un conducteur myope, par exemple, ou dur d'oreilles, peut, en conduisant avec prudence, parer aux dangers que pourrait faire naître son insuffisance physique. D'ailleurs, les relevés statistiques des causes d'accidents n'indiquent pas que les défectuosités sensorielles des conducteurs y jouent un rôle bien important. Il n'en est pas de même pour les piétons souffrant de surdité ou à vue très basse qui n'ont pas appris à compenser leur infirmité par un redoublement de précaution et de prudence, et qui deviennent assez fréquemment les victimes de leur inattention.

La psychotechnique qui, on le sait, consiste à étudier expérimentalement certaines capacités intellectuelles et émotionnelles d'un individu en vue de sa prédisposition à l'accomplissement d'une tâche donnée, a été appelée ensuite à tester les aptitudes des conducteurs. Il n'y a pas de doute qu'elle puisse rendre de précieux services car elle peut établir, avec une approximation suffisante, si dans les circonstances que représente la conduite d'un auto, la rapidité des perceptions et des réactions du conducteur est suffisante ou si ce dernier montre, par exemple, une tendance habituelle à s'affoler, à perdre la tête lors d'une situation imprévue, à faire des gestes brusques, précipités ou maladroits. Les expériences faites, notamment aux Etats-Unis, nous parais-

©BIUM

sent assez concluantes : l'introduction des examens psychotechniques pour les conducteurs d'autobus de la ville de Boston a, par exemple, réduit considérablement la proportion et le nombre absolu des accidents causés par eux.

Ce serait cependant une erreur que d'attendre de la psychotechnique une sécurité absolue. La capacité de conduire du même conducteur est en effet très variable, suivant ses conditions psychologiques et physiques générales et, sous l'influence de la fatigue, de soucis absorbants, de distractions involontaires, de sentiments violents comme la colère, de l'intoxication par l'alcool, etc., elle peut être altérée profondément.

Mais surtout il est impossible à la psychotechnique de s'apercevoir, d'enregistrer expérimentalement et de prévoir l'action habituelle des mécanismes psychologiques inconscients, dont l'influence sur la manière de conduire peut être très importante.

Nous avons vu, au contraire, juger très sévèrement et faire éliminer des candidats capables, mais paralysés momentanément par la « stupeur d'examen » et qui, au cours de leur apprentissage, s'étaient montrés pondérés et consciencieux, bien que timorés.

En effet, nous avons eu l'occasion d'observer certains états psychologiques particuliers et qui méritent quelque attention chez des automobilistes psychiquement normaux. Ils nous ont, par exemple, décrit un état de rêverie agréable, à demi consciente, dans lequel ils glissent plus ou moins rapidement quand ils sont au volant, et qui a pour conséquence fâcheuse, entre autres, de rendre leurs perceptions moins nettes et de limiter le champ de leur attention. On sait d'ailleurs que la conduite d'une voiture n'exige pas, surtout pour un chauffeur expérimenté, une concentration permanente de toute l'attention : une pareille tension ne saurait d'ailleurs être maintenue avec la même intensité pendant plusieurs heures. Aussi, s'habitue-t-on à conduire d'une manière automatique, souvent d'une façon plus ou moins distraite, en pensant à tout autre chose, en rêvassant, surtout si les conditions de la circulation sont faciles. Or, si l'absorption de la rêverie devient trop forte et qu'un danger imprévu surgisse soudain, l'accident peut se produire avant que le conducteur ait pleinement repris le contrôle conscient de lui-même.

Un médecin, fort bon conducteur d'ailleurs, m'a raconté qu'il entrait dans une sorte d'état voluptueux de transe dès qu'il était au volant. En apparence, complètement concentré sur sa tâche, il ne voulait même pas qu'on lui parle, pour ne pas être distrait, disait-il, mais en fait pour ne pas être dérangé de cet état où

©BIUM

apparaissaient confusément d'agréables rêveries. Il n'est pas surprenant qu'il se réveilla, un jour de cet « état second », dans un fossé où il avait capoté sans savoir comment.

L'emprise de mécanismes psychologiques inconscients est manifeste dans de pareils cas où surgissent des rêveries parfois vagues et imprécises, parfois aussi très claires et s'imposant comme une obsession. Un autre automobiliste, qui conduisait depuis une quinzaine d'années, nous racontait, par exemple, qu'il se plongeait, quand il conduisait, dans une rêverie qui avait déjà enchanté son enfance. Il se voyait, hardi conquistador à la proue d'une caravelle faisant voile pour des pays lointains et mystérieux où l'attendait l'aventure.

En plus du sentiment de puissance, l'auto donne souvent à son conducteur une sensation de libération des contingences, de fuite hors de la réalité. Cela peut apaiser ainsi momentanément certains sentiments d'inquiétude, de « restlessness », qui se trouvent si fréquemment chez les nerveux. Essayer de se fuir soi-même en allant vite, nous paraît être souvent le mobile psychologique déterminant de ces bandes joyeuses qu'on voit quitter à toute allure un endroit où elles s'ennuient, pour se rendre au plus tôt dans un endroit où elles s'ennuieront davantage. En absorbant une certaine partie des tensions psychiques, la conduite de l'auto produit chez beaucoup de gens une agréable sensation de détente et peut soulager certains nerveux de leurs préoccupations obsédantes. D'autres y recherchent une sorte de diminution de la surface du moi conscient, ce qui n'est d'ailleurs pas sans dangers. Cet état s'accompagne, en effet, d'une légère obnubilation dans laquelle l'influence de mécanismes psychologiques inconscients peut devenir très forte et provoquer des « actes manqués », cause fréquente d'accidents. Nous en connaissons plusieurs cas : c'est un conducteur, par exemple, qui doit aller chercher une personne dont il redoute l'arrivée. En achevant prématurément sa course dans un talus, il se met dans l'impossibilité d'accomplir sa mission. Cet accident était consciemment involontaire, mais néanmoins inconsciemment déterminé. Il en est de même d'un autre automobiliste qui, promenant des parents contre lesquels, sans vouloir se l'avouer, il nourrit de fortes rancunes, s'arrange pour se jeter maladroitement contre un mur. Dans ces deux cas, l'analyse m'a révélé nettement que les maladresses ayant abouti à ces accidents, peu graves d'ailleurs, représentaient de ces actes manqués classiques dont parle la psychanalyse. On sait que ces derniers sont provoqués par la brusque intrusion dans la pensée, la parole ou l'action de pulsions ordinairement refoulées.

©BIUM

Il est clair qu'on ne peut que rarement obtenir de la part des conducteurs, coupables de pareils accidents, la compréhension et l'aveu de leur responsabilité. Le moi conscient s'insurge contre la pulsion maladroite qui a fait irruption pour provoquer l'accident et la dément. C'est la même attitude que l'on a quand on a commis un quiproquo et qu'on proteste avec animation de sa bonne foi cependant que les autres rient. Mais comme les conséquences d'un accident automobile sont infiniment plus graves, il est clair que son auteur essaiera de rationaliser son acte, c'est-à-dire de lui trouver des explications apparemment objectives, ou des excuses.

Certains sentiments violents, comme la colère ou simplement la mauvaise humeur, par exemple, peuvent aisément provoquer des accidents en libérant et justifiant les pulsions agressives qui par contamination peuvent se porter sur des objets parfaitement innocents. C'est le mécanisme bien connu de « passer sa colère sur quelqu'un ».

Un conducteur de mauvaise humeur, irrité, nourrissant des idées de vengeance, est porté à conduire plus brutalement, plus impatiemment, avec moins de ménagements, que lorsqu'il est dans son état normal. Consciemment ou non, il pourra soulager sa hargne sur sa machine, ou sur les obstacles qu'il rencontrera sur sa route. Quand on est sous une tension nerveuse quelconque, un geste fatal peut se déclancher automatiquement, avec une extraordinaire rapidité, avant même qu'on ait le temps de se rendre compte de ce qui va se passer. Si l'on songe aux vitesses énormes qu'atteignent les automobiles, et que le moindre geste manqué d'un vingtième de seconde suffit pour vous déporter hors de la route, vous jeter sur un obstacle, vous faire culbuter un piéton, on voit l'importance des réactions émotionnelles conscientes ou non du conducteur.

Un nerveux nous racontait, au cours d'une séance psychanalytique, que, pour arriver à temps à son rendez-vous, il avait conduit sa voiture à une vitesse excessive sur une route de montagne étroite, sinueuse et dangereuse. Il n'eut pas de peine à reconnaître qu'il était de très mauvaise humeur au départ. De fil en aiguille, nous analysons les raisons de sa course imprudente. Il avait eu avec sa femme une assez vive querelle dans la matinée. Au moment de s'embarquer sa femme était, dit-il, « en retard comme toujours », ce qui ranima sa colère. Au volant, son imagination l'entraîna, sans qu'il s'en doute, dans des sentiments de vengeance. « Il aurait mieux fait de ne pas se marier, il serait plus heureux tout seul ou s'il était veuf. » Ses pensées

©BIUM

de haine ne l'entraînèrent pas plus loin, consciemment, mais se poursuivirent inconsciemment en trouvant leur expression dans cette course à « tombeau ouvert » où se trahissait l'envie, non formulée, d'un accident dont sa femme, momentanément détestée, serait victime... La justification consciente de cette course imprudente était naturellement la crainte du malade d'arriver trop tard au rendez-vous, auquel, cette seule fois, il arriva à l'heure, car habituellement, il ne se faisait pas scrupule d'y venir avec un fort retard.

Certains suicidaires simulent volontiers un accident d'auto pour masquer leur acte. Un de nos malades tenta une intoxication avec l'oxyde de carbone en faisant marcher son moteur au garage, toutes portes closes, en prétextant une réparation à sa voiture. Il fut sauvé fortuitement. — Un autre avait repéré exactement le virage d'une route montagneuse où il avait l'intention de se précipiter, en apparence, par accident. Ce furent aussi des circonstances indépendantes de sa volonté qui l'empêchèrent d'exécuter son projet. Nous présumons que bien des accidents sont des suicides déguisés.

Plus fréquents que ces derniers nous paraissent être les suicides involontaires, mais dus à l'action inconsciente de mécanismes d'auto-punition. On sait que cette expression, créée par la psychanalyse et qui, dans le présent travail, peut donner lieu à des jeux de mots, indique un châtiment que l'on s'inflige à soi-même à cause de sentiments conscients, mais surtout inconscients de culpabilité.

La forme la plus habituelle de l'auto-punition est le remords. On se châtie par les reproches qu'on s'adresse, les regrets d'avoir commis un acte coupable ou une erreur, par une expiation qu'on s'inflige.

Mais le remords ayant généralement des causes connues et pouvant ainsi se satisfaire consciemment de manière adéquate ne provoquera guère d'auto-punitions inconscientes. Le propre de ces dernières, en effet, est de provenir de sentiments vagues de culpabilité habituelle dont la racine est inconsciente. Chacun connaît de ces individus pessimistes, qui se sentent coupables à propos de tout et de rien, même s'ils s'efforcent de rejeter sur d'autres le fardeau de leurs responsabilités, qui prophétisent constamment des catastrophes et annoncent quotidiennement, s'ils conduisent, qu'il va leur arriver un accident. Et, bien entendu, un accident finit par se produire, quand l'envie inconsciente d'en provoquer un devient trop forte à cause de tensions momentanément plus fortes que d'habitude. La tension inté-

©BIUM

rieure et les sentiments de culpabilité s'atténuent où disparaissent même complètement après l'accident qui efface, pour ainsi dire, l'ardoise du compte moral débiteur de ces personnes. Un de nos malade, capotant dans un fossé, a eu en ce moment l'idée très claire : « Ah ! voilà l'accident que j'attendais depuis si longtemps. » Libéré ainsi de ses sentiments de culpabilité, il était plein d'agressivité contre l'autre conducteur qui, par une manœuvre maladroite, l'avait contraint à quitter la route. Les pulsions, tantôt agressives, tantôt auto-punitives de ce malade, se montraient bien aussi dans le fait qu'il éprouvait une difficulté, toute physique, disait-il, à freiner pour ne pas atteindre un piéton, ou à faire la manœuvre destinée à éviter une collision. D'ailleurs, pour compenser ces diverses pulsions dangereuses, ce malade conduisait toujours lentement et avec une extrême prudence.

Un autre cas caractéristique est le suivant : Une jeune fille qui commençait à craindre d'être enceinte, tout en refoulant cette idée et se persuadant qu'il n'en était rien, provoque, en conduisant, un accident : elle quitte la route, sans raison, « un moment de distraction », nous dit-elle plus tard, et dégringole dans un petit ravin. Par une chance exceptionnelle, nul n'est blessé dans la voiture où se trouve toute la famille et notamment sa mère qu'elle n'aime guère et à qui elle redoute surtout de devoir avouer l'état où elle craint d'être. Quinze jours plus tard, certaine d'être enceinte, elle fait une très sérieuse tentative de suicide, consciente cette fois, en avalant du soporifique. L'analyse de ce cas m'a prouvé que l'accident d'automobile était déjà une première tentative inconsciente de suicide, en même temps qu'une vengeance inconsciente contre la mère. La jeune fille suspectait, en effet, celle-ci d'avoir eu une liaison avec l'homme dont elle-même était enceinte.

Il est évident que les actes manqués, résultant d'un complexe d'auto-punition, sont rarement aussi manifestes que dans ce dernier cas. Ils sont cependant nombreux, ainsi que me l'ont montré bien des conversations intimes avec des victimes et fauteurs à la fois, d'accidents, ou avec des conducteurs notoirement imprudents. Aussi suis-je d'avis que la manière de conduire de certains automobilistes qui circulent au défi de toute prudence, prennent les virages les plus dangereux à la corde sur leur gauche, qui dépassent malgré l'arrivée d'autres autos à leur rencontre, est souvent déterminée par de pareils facteurs inconscients. Il y a chez eux une sorte de jeu avec la mort, de coquetterie avec l'accident possible, une jouissance à faire dépendre leur sort d'une chance ou d'un hasard, qui rappelle l'angoisse voluptueuse du joueur. Au

©BIUM

surplus, on peut constater les mêmes phénomènes chez certains piétons qui ne tiennent aucun compte du danger, se jettent sous les roues des autos et risquent leur vie par des maladresses inconsciemment voulues. On conçoit aisément que si tous ces mécanismes psychologiques, dangereux pour la conduite prudente d'une auto, existent déjà à l'état habituel, ils seront considérablement renforcés sous l'influence de doses même parfois minimes d'alcool. De même, celui qui, sobre, a déjà tendance à surestimer ses capacités de conducteur, pourra-t-il devenir, sous l'influence de la boisson, un véritable danger public. Ses sentiments déjà exagérés de puissance, multipliés par l'euphorie de l'alcool, le rendront incapable d'apprécier objectivement les dangers d'une situation et d'y parer d'une manière adéquate, d'autant plus que la rapidité de ses réactions motrices et leur précision seront fortement diminuées alors qu'il aura le sentiment d'être plus sûr de lui qu'à l'état habituel.

Bien d'autres circonstances psychologiques peuvent encore amener un déséquilibre momentané entre les capacités du conducteur et le sentiment qu'il a en lui-même et le pousser donc à de fatales imprudences. L'euphorie érotique, par exemple, provoquée chez bien des conducteurs par la présence de leur amie, assise à côté d'eux, a déjà amené beaucoup de couples automobilistes à échouer prématurément et brutalement dans le fossé. Le désir d'étonner ses passagers par son habilité, de les effrayer aussi, est également la cause manifeste de certains accidents.

D'autres accidents, enfin, ne me semblent pas être autre chose que des meurtres inconscients. Pour illustrer leur mécanisme, je ne puis guère citer ici qu'un exemple personnel. Me trouvant au volant en proie à une humeur « massacrante » (on voit que, grâce à l'auto, le mot reprend son sens littéral), sans possibilité d'extérioriser ma hargne de façon adéquate, je me trouvai, à la traversée d'un village, en face d'un piéton qui, non seulement ne fit pas mine de se ranger, mais me parut même avoir la prétention de me braver et de me faire dévier de ma route. Sans bien me rendre compte de mon acte, je donnai impulsivement un coup d'accélérateur qui me jeta presque sur lui : son bond de côté, mon coup de frein et mon coup de volant qui suivirent instantanément ma première impulsion, prévinrent « l'accident ». Ce déplacement « en cascade » de sentiments et d'impulsions est trop connu en psychologie pour que j'insiste davantage ici : chaque automobiliste n'a qu'à se demander loyalement s'il ne s'est jamais trouvé dans la même situation que l'auteur de ces lignes.

Mon exposé tend donc à montrer que beaucoup d'accidents

©BIUM

d'automobile peuvent être dus à des causes psychologiques agissant, soit chez les conducteurs, soit chez les autres usagers de la route. Au point de vue légal et statistique, on appelle conventionnellement imprudence, maladresse, légèreté, excès de vitesse, les facteurs psychologiques que nous venons de décrire. Mais au point de vue de la prophylaxie des accidents, j'estime que c'est une erreur de se contenter d'appréciations aussi superficielles et aussi inexactes dans la détermination des causes déterminantes d'un phénomène aussi grave que la multiplication des accidents d'automobiles.

Imprudence, maladresse, témérité, sont des faits psychologiques à déterminations conscientes et inconscientes compliquées, qu'il importe de connaître si l'on veut remédier à leurs dangereux effets.

En premier lieu, il est manifeste que les mesures légales qui règlent la circulation, les codes de la route et les sanctions qui punissent les auteurs d'accidents, ont été, et sont, insuffisantes et même presque inopérantes pour les prévenir. Ni les restrictions de vitesse, ni le perfectionnement des machines, tel que l'amélioration des systèmes de freinage et de signalement, ni les plus minutieux règlements ne tiennent compte des raisons psychologiques profondes des accidents. Nous avons ramené la plupart de celles-ci à des pulsions instinctives et émotives, en partie, sinon entièrement, inconscientes. Or, c'est un fait d'expérience que les seules barrières efficaces qui peuvent être érigées contre les impulsions de l'instinct sont les barrières morales. Si les instincts refoulés trouvent une échappatoire, une possibilité d'extériorisation non interdite par des règles morales et qui leur procure une satisfaction adéquate, ils ne manqueront pas de saisir cette occasion. Et ceci d'autant plus librement que cette satisfaction n'apparaît pas moralement illégitime. Or, il faut bien reconnaître que l'imprudence d'un conducteur ne provoque chez lui aucun sentiment de culpabilité, bien au contraire. Les lois sur la circulation n'ont pas réussi à créer chez les automobilistes et, bien entendu, moins encore chez les autres usagers de la route, les sentiments moraux de responsabilité qui seraient seuls efficaces. Très souvent, au contraire, ces lois, en tout ou partie rétrogrades, provoquent des sentiments de révolte chez l'automobiliste qui les considère, à plus ou moins juste titre, comme tracassières, injustes et inopérantes. Quand un règlement lui interdit, par exemple, de circuler dans un village à une allure dépassant celle du pas, il est clair qu'aucun automobiliste ne peut éprouver un sentiment de faute s'il viole cette règle ridicule.

©BIUM

On peut comparer les sentiments des conducteurs par rapport aux lois sur la circulation à ceux qui existaient aux Etats-Unis au sujet de la loi sur la prohibition. L'homme n'a pas la sensation de commettre une faute morale en buvant modérément : si la loi le lui défend, il la viole sans remords. De même, si les lois sur la circulation ne sont pas ratifiées, approuvées par la conscience morale de l'automobiliste, il n'aura aucun scrupule à ne pas les respecter. Or, il est impossible de respecter les anciens règlements de circulation qui étaient une mosaïque de préjugés, de restrictions mesquines et même d'injustice. Le Code français de la Route, la nouvelle Loi suisse sur la circulation sont certainement beaucoup meilleurs à cet égard, bien qu'ils laissent encore aux automobilistes l'impression de certaines injustices puisqu'ils ne s'appliquent pas à tout le monde et contiennent des tolérances injustifiées en faveur d'autres usagers de la route. Ces lois sont, cependant, suffisantes pour pouvoir, dès maintenant, donner aux conducteurs d'autos la conscience morale de leurs droits, mais aussi celle de leurs devoirs, et c'est dans ce sens qu'il faut travailler à les développer et les faire appliquer.

La prévention des accidents d'automobile devient donc ainsi avant tout une question de morale puisqu'elle est une affaire de répression, de domestication de certaines pulsions instinctives. On peut en tirer la conclusion qu'il est moins essentiel d'apprécier l'habileté d'un conducteur à savoir prendre un virage en marche arrière ou à faire un départ arrêté en côté, que d'estimer, de jauger l'ensemble de son affectivité, de ses freins moraux, de ses sentiments de responsabilité par rapport à lui-même, à ses passagers et aux autres usagers de la route. J'estime donc que l'examen des conducteurs devrait contenir une sorte de catéchisme des obligations techniques et morales de l'automobiliste, renfermant, sous une forme précise et claire, toutes les règles essentielles de la circulation. Ce « catéchisme » devrait être appris par cœur, inculqué au point que ses obligations et ses défenses deviennent moralement impérieuses et inéluctables. Il faut arriver à ce qu'un conducteur soit, moralement, aussi incapable de dépasser une autre voiture dans un virage que de voler ou de tuer. Il faut que les règles essentielles du Code de la Route soient gravées en lui comme les Commandements, et que leur violation soit frappée d'une réprobation morale personnelle et collective telle qu'il ait le sentiment que, lorsqu'il fait une imprudence, il commet un délit grave, un péché mortel, ce qui est d'ailleurs vrai, avec et sans jeu de mots.

Or, on sait que les règles morales ne sont bien apprises et assi-

©BIUM

milées que dans l'enfance, quand elles modèlent une mentalité encore flexible et suggestible. C'est pourquoi il est nécessaire que l'on apprenne déjà aux enfants les règles essentielles de la circulation et celles de la prudence. Cependant, il faut bien remarquer que cet enseignement, tel qu'il est donné généralement, n'a pas, jusqu'à maintenant, donné beaucoup de résultats. Ceci me paraît dû au fait qu'il n'est pas assez psychologique en ce sens qu'on montre trop à l'enfant qu'il est la victime désignée de l'automobile, qu'on lui attribue un rôle permanent de piéton, donc d'inférieur par rapport à l'auto. Or, cet aspect de l'automobilisme est déplaisant, comme nous l'avons dit, et l'instinct de puissance de l'enfant, surtout du petit garçon, s'insurge volontiers contre l'auto : cela, au point qu'il commet volontiers des imprudences pour le provoquer, lui jouer des niches, lui jeter des défis. Si, au contraire, on s'appliquait à considérer l'enfant non pas seulement comme un piéton, mais surtout comme un automobiliste en herbe, on lui donnerait beaucoup plus d'amour-propre à bien connaître et respecter les règles de la circulation. On pourrait, par exemple, le faire s'identifier dans ses jeux à un conducteur, ce qui le flatterait et diminuerait son opposition inconsciente à l'automobile. Un automobiliste juge, en général, ses confrères avec plus de sang-froid, d'impartialité et de compréhension que ne le font les piétons, et se sent avec eux une certaine solidarité. Je ne crois pas qu'il existe de statistique des automobilistes qui se font écraser quand ils vont à pied. Mais, si mes déductions sont justes, leur nombre doit être minime, et ceci pour cette raison que la sensation des dangers qui planent sur la route leur est constamment présente, et que, automatiquement, ils se mettent en garde.

Ces mesures seraient certainement peu à peu efficaces pour créer de nouvelles générations d'usagers de la route conscients de leurs obligations et responsabilités.

Il demeurera toujours néanmoins des individus insuffisamment *capables* de se contrôler et de résister à leurs pulsions instinctives. Aussi, serait-il nécessaire de faire une investigation psychologique de tous les accidents, dans tous les cas de contraventions fréquentes ou d'imprudence habituelle : celle-ci devrait, d'ailleurs, être dénoncée par les autres automobilistes. Il faudrait que le permis de conduire fût retiré et que le sujet se soumette à un examen psychiatrique qui aurait à décider si sa capacité psychologique de conduire est suffisante, qui aurait aussi à établir les raisons de ses tendances dangereuses, et éventuellement, à y porter remède. Une intervention psychothérapique peut être,

©BIUM

en effet, dans ces cas, d'une grande utilité, en analysant les causes inconscientes de l'attitude imprudente.

Cet examen psychiatrique obligatoire en cas d'imprudences manifestes me paraît d'autant plus nécessaire que tout être humain peut être, à certaines périodes de sa vie, sous l'influence de crises morales, ou être l'objet de tensions nerveuses beaucoup plus fortes qu'habituellement. Il sera alors plus disposé à commettre des actes manqués, à échapper par un accident, suicide involontaire, à une situation insupportable, à apaiser ainsi des mécanismes d'auto-punition ou bien, enfin, à venger, par un accident meurtrier, des rancunes, des haines plus ou moins inconscientes qu'il ne peut satisfaire.

Je me résume. Une grande partie des accidents d'automobiles est dûe, soit à certaines impulsions instinctives inconscientes, insuffisamment réprimées, soit à des conflits psychologiques inconscients aboutissant à des actes manqués dangereux. Contre les uns et les autres, seuls paraissent efficaces des moyens d'ordre psychologique et moral. Les législations actuelles, qui ne tiennent compte que de la technique de l'automobile et non des sentiments et instincts très importants qui y sont investis et se satisfont donc par ce moyen de jouissance, sont aussi insuffisantes que le seraient de nouvelles restrictions tracassières à prévenir les accidents, ainsi que le démontre l'augmentation constante de ces derniers. Les restrictions ne peuvent pas amener une plus grande sécurité, seuls des moyens moraux, tenant compte des circonstances psychologiques déterminant les accidents, peuvent y arriver. C'est là une tâche impérieuse de l'hygiène mentale.

©BIUM

CERTAINS AGENTS ÉTIOLOGIQUES DES SYNDROMES DE DÉMENCE PRÉCOCE

(d'après 200 observations)

PAR

A. COURTOIS

Il est de très nombreux travaux français et étrangers concernant l'étude d'agents étiologiques possibles de la démence précoce, le syndrome mental chronique le plus fréquent et le plus mystérieux de ceux qui surviennent chez des adolescents ou des adultes jeunes. Sans pouvoir les citer ici, nous dirons cependant que la plupart des auteurs n'abordent le problème que par un côté, chacun ayant tendance à étudier une seule cause ou un petit nombre d'agents étiologiques et pensant pouvoir rapporter « la » démence précoce considérée comme maladie autonome à telle étiologie toujours la même.

Nous avons entrepris une étude moins fragmentaire et cherché à rassembler, sur un nombre assez étendu de cas, non seulement les encéphalopathies traumatiques, convulsives ou délirantes du jeune âge dont les études antérieures (1) nous avaient indiqué l'importance, mais d'autres agents étiologiques qui peuvent altérer soit le germe, soit le cerveau de l'enfant ou de l'adolescent ; enfin, parallèlement, nous avons tenu à connaître les antécédents héréditaires de nos malades. De cette façon, nous avons pu nous faire un idée de la fréquence relative des différentes étiologies invoquées et de leur importance respective.

Nous avons examiné spécialement 200 malades (100 hommes et 100 femmes) et interrogé l'entourage pour recueillir des renseignements aussi complets que possible sur les sujets eux-mêmes, leurs père et mère, leurs frères et sœurs, leurs enfants et éventuellement sur les grands-parents, les oncles et les tantes.

De plus, nous avons relevé avec soin des signes neurologiques

(1) L. MARCHAND et A. COURTOIS. — *Les encéphalites psychosiques.* Le François, 1935.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV[e] SÉRIE, 93[e] ANNÉE, T. II. — Juin 1935.

©BIUM

capables d'apporter aussi la preuve d'une altération des centres nerveux. D'autre part, les résultats de la ponction lombaire — pratiquée dans 162 cas (85 hommes et 77 femmes) — ajoutent encore des renseignements à retenir.

Enfin, comme il nous avait semblé que les étrangers fournissaient un lourd contingent de syndromes démentiels précoces, nous en avons dénombré les cas, en mettant à part ceux qui appartiennent à la race juive.

*
**

Voici d'abord quelques renseignements généraux concernant le sexe et l'âge :

Le sexe. — Les syndromes de démence précoce apparaissent avec une fréquence sensiblement égale dans les deux sexes. Pour l'apprécier avec moins de chances d'erreurs, nous avons relevé par années les cas examinés au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle depuis 1930.

	Hommes		Femmes	
	Déments précoces	Total des entrées	Démentes précoces	Total des entrées
1930-31	175	1.365	190	1.513
1931-32	170	1.417	143	1.426
1932-33	170	1.398	183	1.702
1933-34	171	1.319	175	1.581
	686	5.499	691	6.222

Ainsi, le chiffre absolu reste assez stable dans chaque sexe — surtout pour les hommes — et très comparable d'un sexe à l'autre, 686 hommes et 691 femmes.

La proportion par rapport au nombre total des entrées pour chaque sexe est un peu plus forte chez les hommes : 12,4 % contre 11,1 % chez les femmes.

L'âge. — Les âges de nos 200 malades oscillent dans les limites indiquées classiquement pour le début des syndromes de démence précoce (1).

Pour les hommes, les chiffres extrêmes vont de 13 à 45 ans au moment de l'admission ; pour les femmes, de 16 à 38 ans. Mais chez certains sujets de plus de 30 ans et chez presque

(1) Les formes de délire hallucinatoire dites paranoïdes ne sont pas comprises dans nos cas, mais dans nos statistiques ont été rangées dans le groupe des « délires hallucinatoires ».

©BIUM

tous ceux de plus de 33 ans, le début clinique de la maladie remonte à plusieurs années, parfois à 10 et 15 ans déjà.

Ages à l'entrée :

Hommes		Femmes	
13 à 17 ans	8	16 à 17 ans	4
18 à 20 —	15	— —	14
21 à 23 —	17	— —	13
24 à 26 —	25	— —	19
27 à 29 —	11	— —	22
30 à 32 —	9	— —	15
33 à 35 —	9	— —	9
36 à 45 —	6	36 à 38 ans	4

*
**

Pour plus de clarté, nous indiquerons à part les cas où des accidents personnels existent seuls, les cas où des antécédents héréditaires pathologiques existent seuls, les cas où ces deux facteurs se trouvent associés. Enfin, nous mentionnerons ceux où rien n'est connu.

Pour chacun de ces groupes, nous noterons la fréquence des signes neurologiques, les modifications du liquide céphalo-rachidien, enfin éventuellement la nationalité des sujets.

Hommes

I. — Antécédents héréditaires seuls : 18

L'hérédité mauvaise est 10 fois du côté paternel seul :

Alcoolisme : 7, associé à la syphilis dans 2 cas.

Psychopathie : 2 (déséquilibre, nervosité pathologique).

Côté maternel : 5. 4 fois la mère présenta des troubles mentaux (délire de persécution et 3 psychoses puerpérales, compliquée d'éclampsie dans un cas). Au cours de l'évolution chronique de la psychose, l'une de ces femmes mourut à l'asile de tuberculose pulmonaire. Dans un 5e cas, c'est une tante maternelle qui fut internée.

2 fois, père et mère ont présenté des troubles mentaux : pères, déséquilibrés (l'un vécut claustré pendant des années) ; mères, une déséquilibrée avec crises névropathiques, l'autre, « psychose périodique ».

Dans le dernier cas, la syphilis peut être suspectée (sœur mort-née, macérée).

©BIUM

Sur ces 18 malades, deux sont signalés comme arriérés, deux offrent des malformations craniennes importantes, un est strabique, un autre a présenté un retard notable de la marche (18 mois).

Enfin, 8 ont des modifications plus ou moins importantes du liquide céphalo-rachidien (1).

II. — Antécédents héréditaires et personnels associés: 51 cas

A) *Antécédents héréditaires*

Côté paternel. — Père : 20 ; autres parents : 2. L'alcoolisme est relevé 17 fois, associé 4 fois à la tuberculose et 1 fois à la syphilis nerveuse.

Aliénation : 2 cas, dont 1 ayant motivé l'internement pour « psychose périodique ».

Tuberculose pulmonaire : 1.

En outre, dans 1 cas, le grand-père paternel était alcoolique et un oncle paternel fut interné.

Côté maternel. — Mère : 12 ; autres parents : 2.

Alcoolisme : 1.

Syphilis humorale : 1.

Psychopathie : 10 cas, dont 1 fut terminé par tuberculose pulmonaire. Sur ces 10 cas, 4 fois seulement il s'agissait d'aliénation mentale ayant motivé l'internement (délire mélancolique, délires de persécution) ; les 6 autres cas concernent des névropathes, déséquilibrées, perverses, etc.).

En outre, une grand'mère maternelle fut aliénée et un grand-père maternel alcoolique.

L'hérédité est mauvaise du côté paternel comme du côté maternel : 11 fois.

Père : alcoolisme, 5 ; psychopathie, 6 (débilité avec strabisme après des convulsions infantiles, nervosité anormale, dépression chronique) sans réactions ayant pu motiver l'internement.

Mère : Psychopathie, dans les 11 cas ; dont 2 avec internement (dépression, délire de persécution) et 1 suicide.

De plus 3 fois, les frères ou sœurs du malade ont présenté des accidents cérébraux (aliénation et 2 fois mort par « méningite » infantile).

Enfin un dément précoce marié jeune eut deux enfants : une fille atteinte d'imbécillité, l'autre mourut de « méningite » à 2 ans 1/2.

(1) Nous détaillerons ces modifications dans un chapitre spécial.

©BIUM

B) *Antécédents personnels*

Naissance avant terme : 2 (7 et 8 mois).

Convulsions infantiles, au cours de pyrexies mal déterminées ou sans cause apparente : 13.

Dans deux cas la syphilis parentale est certaine, elle est de localisation nerveuse chez le père d'un enfant qui présente une perforation du voile du palais et dont les convulsions sont survenues à 6 mois au cours d'une broncho-pneumonie. Dans un cas, on trouve, outre les convulsions infantiles, une diphtérie avec délire et état désespéré à 5 ans ; dans un autre, une encéphalomyélite morbilleuse à 4 ans, puis des abcès froids tuberculeux quelques années plus tard.

Traumatisme cranien : 5. Une fois chute accidentelle sur la tête vers 20 ans et coma de plusieurs heures. Les autres fois, traumatisme obstétrical (forceps, mort apparente ou convulsions des premiers jours).

Confusion mentale hallucinatoire au cours d'infections diverses : 17. Ces infections sont les suivantes :

Broncho-pneumonie : 5. Quatre survinrent entre 6 mois et 2 ans ; l'autre à 8 ans, compliquée d'un état méningé avec strabisme et diplopie.

Scarlatine : 4, avant 10 ans. Dans un cas, à 2 ans, la confusion fut accompagnée d'une monoplégie crurale qui persiste. Deux malades présentèrent dans la suite de nouvelles atteintes cérébrales au cours d'une grippe à 9 ans et d'une pneumonie à 21 ans.

Grippe : 2. L'encéphalite grippale survint à 8 et à 20 ans.

Rhumatisme articulaire aigu : 2. Dans un de ces cas, l'enfant délira à nouveau plus tard, au cours d'un accès malarique grave.

Rougeole : 1 cas.

Encéphalite-post-opératoire : 1 cas.

Enfin, deux malades ont présenté des accès confusionnels au cours de pyrexies d'origine indéterminée. L'un d'eux était atteint en outre d'une tuberculose fibreuse peu évolutive.

Etats méningés, méningites : 5. L'affection survint entre 8 et 13 ans.

Mastoïdite : 2, compliquant une otite, nécessitant la trépanation et accompagnée de réaction méningée clinique dans 1 cas.

Une intoxication alcoolique importante est certaine chez 3 sujets qui toutefois n'ont pas présenté d'accès de délirium tremens.

La syphilis acquise, traitée depuis plusieurs années, est connue chez 2 malades seulement.

Quant à la tuberculose, outre les 4 cas où elle est associée à

©BIUM

une atteinte cérébrale aigüe manifestée par ses symptômes propres, nous la trouvons isolée 4 fois (tuberculose pulmonaire 2, pleurésie, mal de Pott).

Presque tous les malades dont le cerveau fut touché par une encéphalopathie aigüe manifestée cliniquement pendant les premiers mois de la vie sont restés débiles, souvent très arriérés. Lorsque l'encéphalopathie fut plus tardive, on note fréquemment l'arrêt du développement intellectuel, même dans quelques cas il fallut réapprendre à parler ou à marcher à des enfants de 3 et de 6 ans.

Quatre malades présentent des signes neurologiques : strabisme, hémiparésie, monoplégie crurale ; un cinquième a des accès épileptiques depuis l'âge de 10 ans.

Dans 15 observations, on relève des anomalies du liquide céphalo-rachidien.

Les encéphalopathies de l'enfance apparaissent aussi fréquentes, que l'hérédité pathologique soit paternelle ou maternelle, que l'alcoolisme soit en cause ou bien les accidents psychopathiques.

III. — Antécédents personnels seuls : 20 cas

Convulsions : 5. Dans les 5 cas, sans cause appréciable (cependant deux fois, accouchement difficile au forceps). A noter en outre qu'à 13 ans un de ces malades fit un délire hallucinatoire passager après une insolation.

Traumatisme : 1, d'origine obstétricale.

Confusion hallucinatoire au cours de maladies toxi-infectieuses : 5.

Typhoïde : 3 cas, à 7 ans avec phénomènes étiquetés « myélite avec méningite » ; à 8 ans avec strabisme et diplopie ; à 25 ans.

Encéphalite au cours d'une pneumonie à 17 ans et d'une scarlatine à 19 ans.

Méningites, méningo-encéphalite : 5 cas à 2, 3, 5, 6 et 12 ans. Le cas de 6 ans fut marqué par l'installation d'une paraplégie qui persiste.

Mastoïdite : 1 cas avec deux atteintes à 4 et 14 ans, la première ayant été la plus grave.

Enfin la syphilis acquise, à 19 et 21 ans, est connue dans deux cas.

Un autre malade avait été traité pour tuberculose pulmonaire.

Deux fois existe un strabisme permanent, une fois une paraplégie spasmodique.

©BIUM

Le liquide céphalo-rachidien présente des anomalies chez 8 sujets.

IV. — Cas dans lesquels rien n'est connu

Il reste 11 malades chez qui l'exploration des antécédents héréditaires n'a rien apporté de précis à retenir, pas plus que celle des antécédents personnels. Aucun de ces malades ne paraît avoir été touché par la tuberculose, leurs réactions spécifiques du sang sont négatives.

Pourtant, chez ces 11 sujets, on relève 3 fois des symptômes neurologiques à retenir : l'un est sourd-muet, l'autre débile et strabique, le troisième présente un bec de lièvre opéré et l'hérédo-syphilis est probable chez lui.

Enfin, 5 fois des anomalies liquidiennes sont retenues.

Femmes

I. — Antécédents héréditaires seuls : 31

Côté paternel : 11. Père : 10. Grand-père paternel : 1.

Père. — Intoxication alcoolique : 5. De plus, dans un de ces cas, le grand-père paternel était également alcoolique ; dans un autre, le frère et la sœur de la malade présentèrent des troubles mentaux graves. Enfin, 1 fois, la mort d'un de ces alcooliques survint par tuberculose pulmonaire.

Aliénation : 3. En outre, dans 1 cas, le grand-père paternel était lui aussi aliéné. Dans les 2 autres, une sœur présenta des troubles mentaux (arriération, idées de persécution).

Syphilis : 2, dont 1 cas de paralysie générale ayant motivé l'internement.

Grand-père paternel : 1 cas d'aliénation.

Côté maternel. — Mère : 12.

Alcoolisme : 1.

Psychopathie : 10. Sept fois l'aliénation motiva l'internement. Signalons d'abord deux psychoses puerpérales à la naissance de nos futures malades. Dans un de ces cas, une sœur est également démente précoce, l'autre bizarre. Dans l'autre cas, une tante maternelle aliénée, une sœur débile, strabique.

La mère d'une troisième malade présentait une chorée chronique.

Trois fois l'internement ne fut pas motivé, mais la mère était « bizarre », « déséquilibrée ».

Le frère d'une de ces malades devint aussi dément précoce.

©BIUM

Syphilis : 1 cas probable ; perforation du voile du palais chez la mère.

Cas où les antécédents pathologiques se trouvent du côté paternel et du côté maternel : 5.

Père. — Alcoolisme : 3 fois. Déséquilibre : 2.

Mère. — Aliénation ayant motivé l'internement (idées de persécution) : 2 cas. Déséquilibre simple : 2 cas. Une autre fois, une maladie grave ayant mis en danger la vie de la mère, était survenue pendant la grossesse. En outre, dans 2 cas, le grand-père maternel était alcoolique et le frère d'une de ces malades devint aussi dément précoce.

Frères, sœurs, enfants : 3.

Dans le premier cas, une sœur meurt de convulsions et un enfant est mort-né. Dans le second, un frère meurt de tuberculose pulmonaire. Dans le dernier, la syphilis paraît très vraisemblable malgré la négativité des réactions sérologiques : en effet, un fils naît avec un bec de lièvre, l'autre est hydrocéphale.

Deux fois des signes neurologiques sont notés ; strabisme, divergent dans un cas, convergent dans l'autre. Trois fois on relève des modifications du liquide céphalo-rachidien, notamment chez le malade où la syphilis est suspectée.

II. — ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET PERSONNELS ASSOCIÉS : 31

A) *Antécédents héréditaires*

Côté paternel. — Père : 16.

Alcoolisme : 13. Deux de ces sujets moururent de tuberculose pulmonaire ; un autre, également tuberculeux, fut interné. Un quatrième était syphilitique. A signaler qu'un oncle paternel était pottique.

Psychopathie : 3. Débilité, déséquilibre avec perversions, dépression mentale. Dans deux de ces cas, le grand-père paternel avait été alcoolique.

Côté maternel. — Mère : 8.

Psychopathie : 6. Deux femmes ont présenté des accès mentaux à chacune de leur grossesse ; une autre eut plusieurs accès dépressifs sans cause connue. La quatrième était très arriérée ; la cinquième fut atteinte d'encéphalite épidémique et la dernière mourut d'une méningite aiguë vers 32 ans.

Tuberculose : 1. Nous retrouverons la fille de cette personne, notre démente précoce, atteinte de mal de Pott.

Antécédents pathologiques, à la fois du côté paternel et du côté maternel : 5.

©BIUM

Père. — Alcoolisme : 3, dont un compliqué de tuberculose et terminé par un suicide.

Etat névropathique : 1.

Mère. — Psychopathie : 4, accès dépressif, crises névropathiques, débilité, déséquilibre.

Dans la cinquième famille, la syphilis peut être suspectée ; mort subite vers 50 ans du père ; hémiplégie chez la mère vers le même âge ; convulsions chez un frère de notre démente précoce.

Dans un autre cas, les tantes paternelles et maternelles moururent aliénées. Enfin, le frère d'une de nos malades, elle-même tuberculeuse, mourut d'une méningite aiguë d'apparence tuberculeuse, vers 10 ans.

B) *Antécédents personnels*

Nés avant terme: 3 (à 7 mois, pesant 1.030 grammes, 7 mois 1/2 et 8 mois). En outre, une de ces malades présenta, à l'âge de 15 jours, un érysipèle qui faillit l'emporter.

Convulsions : 7, de 6 à 18 mois, survenues sans cause connue le plus souvent.

Confusion hallucinatoire au cours d'infections diverses : 11.

Broncho-pneumonie : 2 ; à 14 mois et à 3 ans. Dans la suite, l'une fait une nouvelle complication cérébrale au cours d'une grippe à 10 ans ; l'autre de la typhoïde à 15 ans.

Grippe : 4. L'encéphalite survint à 9, 18, 19 et 21 ans, et fut marquée dans le premier cas par un coma de 2 jours. Nous trouvons ensuite une encéphalite coquelucheuse à 6 mois, paludéenne à 18 mois avec arrêt de la marche pendant 6 mois, typhique à 20 ans, diphtérique à 21 ans. Enfin, dans un cas sont signalés des accès confusionnels aigus, fébriles, répétés, dont la cause resta inconnue.

Encéphalite puerpérale : 2 cas à 22 et 28 ans ; dans le dernier, le début clinique du syndrome démentiel apparut assez tardivement vers 32 ans.

Méningite : 1. Deux accès vers l'âge de 2 ans.

Alcoolisme : 1. Syphilis : 1 cas traité.

Tuberculose : 2. Mal de Pott et tuberculose pulmonaire fibreuse, dans les années qui précédèrent l'apparition des troubles mentaux.

Enfin, nous signalons un zona ophtalmique à 15 ans et deux observations d'oreillons à 10 et 27 ans, en raison de la fréquence de la méningite dans cette infection. Un de ces malades était en outre porteur de ganglions cervicaux tuberculeux.

©BIUM

Deux fois nous trouvons des signes neurologiques à retenir (strabisme divergent). En outre, la malade atteinte d'encéphalite grippale à 9 ans présenta, avec un arrêt intellectuel, un arrêt de la croissance avec infantilisme, non développement des seins, absence des règles.

Le liquide céphalo-rachidien fut pathologique 7 fois.

III. — Antécédents personnels seuls : 25

Convulsions : 4 avant 15 mois. Dans un cas, vers 14 ans, apparurent des crises comitiales.

Confusion hallucinatoire au cours d'infections diverses : 10.

Broncho-pneumonie : 2 à 6 mois et à 7 ans suivie dans ce cas d'arrêt intellectuel.

Grippe : 3. Dans un de ces cas, on trouve en outre un accès confusionnel *post-partum* à 25 ans et une autre malade présente des adénopathies cervicales tuberculeuses.

Scarlatine : 2, à 8 et à 31 ans. Dans ce dernier cas, les troubles mentaux chroniques apparurent vers 33 ans.

Confusion post-opératoire : 1 à 26 ans.

Enfin, 2 fois l'accès confusionnel apparut, à 10 et à 13 ans, sans cause connue.

La puerpéralité fournit 5 cas. Une malade a présenté des troubles mentaux à chaque grossesse, les autres évoluèrent vers la chronicité après un accès confusionnel *post-partum*. Une de ces malades présente en outre des ganglions tuberculeux du cou.

L'alcoolisme est certain dans un cas ; la contamination syphilitique connue dans deux et contrôlée par les examens du sang.

Enfin la tuberculose isolée sans autres antécédents, figure 3 fois : arthrite et deux fois tuberculose pulmonaire.

Un strabisme est signalé chez deux démentes précoces, après une encéphalopathie convulsive de l'enfance ; une autre, — nous l'avons signalé déjà plus haut, — présente des crises comitiales. Des anomalies du liquide céphalo-rachidien sont notées 4 fois.

IV. — Cas où rien n'est connu : 13

Nous relevons toutefois, dans ces 13 observations, les anomalies suivantes : microcéphalie, avec énurésie jusqu'à 10 ans, strabisme convergent, épilepsie convulsive, et enfin une alopécie complète survenue vers 28 ans, comme s'installait le syndrome démentiel précoce.

En outre, dans 4 autres cas, le liquide rachidien est pathologique.

©BIUM

*
**

En résumé, sur 100 malades hommes atteints d'un syndrome de démence précoce, nous trouvons des antécédents suivants qui peuvent être tenus comme conditions étiologiques.

Antécédents héréditaires : 69, dont 18 existent seuls et 51 accompagnant des accidents personnels encéphalopathiques ou des maladies générales (syphilis, tuberculose, alcoolisme).

Antécédents personnels : 71, dont 20 isolés et 51 associés à une hérédité pathologique connue.

Enfin, dans 11 cas, l'anamnèse ne révèle rien d'appréciable.

Pour les femmes, sur 100 cas également :

Antécédents héréditaires : 62, dont 31 isolés et 31 accompagnant des accidents individuels.

Antécédents personnels : 56, dont 25 existant seuls et 31 accompagnant des tares héréditaires reconnues.

Dans 13 cas, on ne trouve signalés ni accidents personnels, ni antécédents héréditaires.

Antécédents héréditaires

Hommes. — Sur les 69 cas où des antécédents héréditaires pathologiques sont connus, 55 fois un seul des parents est atteint, 26 fois les deux (1).

Intoxication alcoolique chronique : 30. Elle est unilatérale dans 25 cas (24 fois le père, 1 fois la mère) et associée 5 fois (éthylisme paternel) à des troubles psychopathiques chez la mère.

Psychopathie parentale : 40. L'un des parents est atteint 19 fois (4 fois le père et 15 la mère), les deux présentent des anomalies psychiques 21 fois (8 fois le père et 13 fois la mère).

Les maladies mentales en cause sont assez mal connues. On sait que 26 fois elles ont motivé l'internement. Dans les autres cas, il s'agissait d'arriération et surtout de déséquilibre mental, d'états névropathiques, de bizarreries du comportement...

La syphilis et la tuberculose fournissent des chiffres bien moindres. Tuberculose : 6 cas (5 chez le père, 1 chez la mère). Syphilis : 5 cas (4 chez le père, 1 chez la mère). Dans tous les cas, ces affections sont associées : la tuberculose à l'alcoolisme (5) et à la psychopathie (1), la syphilis à l'alcoolisme (3) et à la psychopathie (2).

(1) La non-concordance des chiffres est due au fait que plusieurs facteurs pathologiques coexistent chez 12 hommes et chez 9 femmes.

©BIUM

Femmes. — Sur les 62 cas où des antécédents héréditaires existent, 51 fois l'un des parents est seul touché, 20 fois les deux.

Intoxication alcoolique chronique : 25. Elle est unilatérale 19 fois (18 fois le père, 1 fois la mère). Dans 6 autres cas, l'alcoolisme paternel est associé à la psychopathie maternelle.

Psychopathie parentale : 32. Un des parents est atteint 21 fois (6 fois le père, 15 fois la mère), les deux ensemble 11 fois (3 fois le père, 8 fois la mère).

L'affection mentale motiva l'internement de 26 malades. Dans les autres cas (2 fois le père, 1 fois la mère), débilité grave et déséquilibre simple.

Syphilis : 3 (2 fois le père, 1 fois la mère). Elle est associée à l'alcoolisme paternel. Une fois (père), il s'est agi de paralysie générale.

La tuberculose est notée dans 6 cas (5 fois chez le père, 1 fois chez la mère).

Antécédents personnels

Hommes et femmes. — C'est chez 127 déments et démentes précoces que des antécédents personnels pathologiques ont été relevés (71 hommes, 56 femmes).

Ils se répartissent ainsi :

	H	F	Total
Naissance avant terme	2	3	5
Encéphalopathies convulsives infantiles	18	12	30
Traumatisme cranien	6	»	6
Encéphalopathies délirantes	22	27	49
Méningites	10	1	11
Mastoïdites	3	»	3
Intoxication alcoolique	3	2	5
Syphilis	4	3	7
Tuberculose	9	6	15
Divers	»	3	3
	77	57	134 (1)

(1) Ce chiffre est supérieur au nombre des malades, car il arrive que le même malade ait présenté plusieurs accidents différents. D'habitude, c'est la tuberculose pulmonaire qui est associée.

©BIUM

Ce tableau montre que les encéphalopathies délirantes compliquant une toxi-infection, les encéphalopathies traumatiques et convulsives de l'enfance et les méningites de l'adolescence représentent 99 cas sur 134, soit près de 75 % des cas.

La syphilis acquise n'est guère constatée que chez 5 % des malades.

Quant à la tuberculose, on la trouve dans 11 % des cas, mais chez près de la moitié des malades, elle est associée à des antécédents cérébraux (encéphalopathie convulsive ou délirante).

Syndromes neurologiques

Ils sont observés avec une fréquence à peu près égale, que nos malades aient ou non des antécédents héréditaires ou des accidents personnels connus.

Sur 200 malades, on les observe 23 fois (12 hommes, 11 femmes).

Un strabisme divergent ou convergent est noté 12 fois. 2 fois existe une paraplégie par encéphalo-myélite de l'enfance, et qui dans un cas conserve un caractère évolutif assez rapide. Dans un autre cas, c'est une parésie crurale unilatérale avec atrophie de la jambe, suite d'une encéphalo-myélite scarlatineuse. La surdité est notée 3 fois (surdi-mutité dans 1 cas).

Trois malades présentent des crises épileptiques, apparues vers la dixième année et qui tendent à devenir plus rares et incomplètes, comme c'est l'habitude dans les syndromes hébéphréniques. Chez un dernier malade, microcéphalie et énurésie persistante.

D'autre part, on note certaines anomalies physiques : nanisme avec défaut de puberté, absence de seins et de règles ; 2 fois luxation de la hanche uni et bilatérale ; bec de lièvre ; perforation du voile du palais ; ectopie testiculaire ; alopécie complète sans cause locale appréciable, chez une femme de 28 ans.

Enfin, nous n'avons pas retenu les cas de débilité motrice, de malformations et d'asymétries cranio-faciales, ils sont particulièrement fréquents dans les syndromes hébéphréniques consécutifs à des encéphalopathies du jeune âge ou de l'adolescence.

Le liquide céphalo-rachidien

L'étude du liquide céphalo-rachidien comporte elle aussi quelques indications à retenir.

La ponction lombaire fut pratiquée dans 162 cas (85 hommes, 77 femmes).

©BIUM

Les anomalies relevées portent sur l'albumine, les globulines, les éléments cellulaires, la courbe de précipitation du benjoin.

L'albumine rachidienne dépasse 0,30 dans 30 cas, 0,32 (2), 0,35 (6), 0,40 (12), 0,42, 0,45 (2), 0,48, 0,50 (3), 0,60, 0,75, 0,80. Dans ce dernier cas, c'est une première ponction pratiquée en 1932 qui fournit le résultat suivant: albumine: 0,80 ; Pandy: ++; leucocytes : 0 ; Benjoin : 00000.22222.21000. Deux ans plus tard, en 1934, un nouvel examen indiquait une lente atténuation de ces anomalies : albumine : 0,50 ; Pandy : + ; Leucocytes : 0,2 ; Benjoin : 00000.02222.21000. Le Bordet-Wassermann était négatif dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang. Il s'agissait d'un syndrome hébéphrénique par encéphalite grippale survenue chez une jeune fille de 24 ans, un an avant le premier examen du liquide et 3 ans avant le second.

Les réactions dites des globulines (Pandy et Weichbrodt) ont donné des résultats positifs isolés (sans augmentation du taux de l'albumine totale) dans 14 cas. Deux fois les deux réactions étaient positives ensemble, alors que l'albumine ne dépassait pas 0,25. Le Pandy seul fut positif 7 fois, le Weichbrodt seul 5 fois. En outre, dans la plupart des cas où le taux de l'albumine dépasse 0,35, la réaction de Pandy est positive.

L'augmentation isolée des éléments cellulaires fut toujours rare (8 cas) et très modeste (3-3-3-4-4-4-5-5 lymphocytes).

Enfin, dans deux cas seulement l'extension légère de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique (11e plus rarement 12e tube) fut une anomalie isolée ; mais on la retrouve en outre dans 15 cas où le liquide présentait en même temps d'autres altérations.

Ces modifications du liquide céphalo-rachidien, notées au total 54 fois sur 162 examens, ne sont sans doute pas en elles-mêmes très importantes, cependant leur fréquence mérite qu'on les étudie encore à l'avenir, car elles constituent à notre avis le témoin objectif de la méningite chronique dont l'examen histologique révélera bien souvent ultérieurement l'existence chez de tels malades.

Dans la série actuelle, nous les trouvons présentes 33 fois sur 100 au total, soit dans 42 % des cas chez les hommes et dans 21 % chez les femmes.

Nationalité

Les étrangers fournissent un total de 55 cas sur 200, soit presque 30 %. Sur ce nombre, nous relevons 28 israélites, soit 14 %.

©BIUM

A titre comparatif, rappelons que sur l'ensemble des entrées des cinq dernières années à l'hôpital Henri-Rousselle, la proportion des étrangers varie de 8 à 10 %.

Nous ne pouvons que signaler les faits sans vouloir les interpréter, car des facteurs multiples peuvent entrer en jeu, notamment comme le signalait déjà Magnan à l'Admission, l'attrait que les grandes villes, surtout Paris, exercent sur les déséquilibrés du monde entier, et pour les malades, l'espoir d'y trouver des soins qu'ils croient inconnus dans leur pays.

Par nationalité, nous trouvons, sur 200 :

	H	ISR	F	ISR	TOTAL	ISR
Allemagne	4	4	1	1	5	5
Angleterre			2		2	
Arménie			3		3	
Belgique	2		1		3	
Bulgarie	1	1	1		2	1
Espagne			1		1	
Hongrie	1				1	
Italie	6		3		9	
Perse	1	1			1	1
Pologne	7	7	7	5	14	12
Roumanie	1	1	2	2	3	3
Russie	4	3	2		6	3
Suisse			1		1	
Syrie	1	1	1	1	2	2
Turquie			2	1	2	1
	28	18	27	10	55	28

*
**

Maintenant, après l'exposé un peu aride, mais nécessaire des chiffres et du détail des faits, nous pouvons apprécier avec une plus grande approximation le rôle de chacun des facteurs étiologiques les plus importants de ces syndromes de démence précoce. Reprenons individuellement chacun d'eux, hérédité psychopathique, alcoolisme, syphilis, tuberculose.

L'hérédité psychopathique. — L'hérédité similaire est rare dans nos cas. Sur 26 fois où l'affection mentale du père (7) ou de

©BIUM

la mère (19) motiva l'internement, on ne trouve pas la démence précoce signalée chez le père, chez la mère 3 fois seulement à la suite d'une confusion *post-partum*.

Chez les pères, sur 7 cas nous trouvons : Syphilis nerveuse : 2 ; psychose périodique : 2 ; dépression chronique : 2. Dans un dernier cas, le motif de l'internement est inconnu.

Chez les mères, sur 19 cas, le délire de persécution est noté 4 fois, la dépression périodique ou continue 7 fois, la confusion puerpérale 4 fois (dont 3 évoluent vers la chronicité), l'affaiblissement avec chorée chronique 1 fois ; enfin 3 fois le diagnostic est ignoré.

Lorsque le placement à l'Asile ne fut pas nécessaire (46 fois), il s'agissait surtout de débilité grave ou plus souvent de nervosité pathologique, d'accidents névropathiques, de déséquilibre mental, de bizarreries du comportement.

L'aliénation des grands-parents est connue dans 5 cas seulement, le diagnostic est ignoré.

Les frères et les sœurs peuvent eux aussi être touchés. Nous relevons 12 cas dont 4 déments ou démentes précoces, 3 arriérés dont 1 avec hémiplégie cérébrale infantile, une épileptique, un accès confusionnel *post-partum*. Les 3 autres sont des déséquilibrés pervers, l'un d'eux fut poursuivi comme faux monnayeur.

L'alcoolisme. — C'est surtout par son action dystrophique sur le germe que l'alcool joue un rôle important. Le cerveau de l'hérédo-alcoolique est-il simplement moins résistant à l'action des toxi-infections qui assaillent le jeune organisme dès avant la naissance ; porte-t-il au contraire en lui-même initialement le facteur d'une déchéance inexorable à l'adolescence, c'est là une question que nous ne pouvons aborder aujourd'hui. En pratique, d'ailleurs, du moins pour le moment, elle reste de modeste importance.

En tous cas, l'intoxication alcoolique parentale, surtout paternelle, est notée chez 54 malades sur 200, soit dans 1/4 des cas. Tous ceux qui connaissent la fréquence de l'intoxication alcoolique chez l'ouvrier parisien, estimeront ce chiffre encore inférieur à la réalité. Le rôle réel de l'alcoolisme est d'ailleurs plus important, car nous ne tenons compte que des ascendants directs. Mais dans nombre de cas où l'un des parents est signalé comme nerveux ou déséquilibré, le grand-père paternel ou maternel était un alcoolique chronique. Alors le syndrome de démence précoce évolue chez un hérédo-alcoolique de deuxième génération.

©BIUM

L'intoxication alcoolique personnelle peut d'ailleurs réaliser à elle seule un syndrome hébéphrénique bien qu'assez rarement.

La syphilis. — Pour étudier le rôle de la syphilis, nous disposons de la connaissance des antécédents parentaux et personnels de nos malades, des résultats des examens du sang — pratiqué dans tous les cas (Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn), — des résultats de la ponction lombaire, enfin de l'examen physique du malade et dans quelques cas de ses enfants.

La syphilis parentale est certaine dans 6 cas, probable dans un autre ; 5 fois le père seul est spécifique, une fois la mère, une fois les deux. Deux fois le père avait été traité pour syphilis nerveuse et l'un d'eux interné comme paralytique général.

Nous savons que 4 malades ont été contaminés eux-mêmes plusieurs années avant le début apparent de leur maladie mentale. Ils avaient été traités régulièrement et leur liquide céphalo-rachidien était indemne au moment de notre examen. Malgré le traitement, tous les quatre avaient encore les réactions du sang positives.

Dans 4 autres cas, les réactions de la syphilis sont positives (une fois, Bordet-Wassermann négatif mais Meinicke et Kahn positifs). Il paraît s'agir d'hérédo-syphilis. Dans aucun cas, les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke n'ont été positives dans le liquide céphalo-rachidien.

Trois fois des malformations individuelles (2 perforations du voile du palais, 1 bec de lièvre) permettent de suspecter la maladie.

Enfin deux démentes précoces ont donné naissance à un enfant mort-né (macéré dans un cas). Un autre malade eut deux fils, l'un hydrocéphale, l'autre porteur d'un bec de lièvre.

Au total, sur 200 syndromes de démence précoce, la syphilis paraît exister 21 fois, soit dans 10 % des cas. La proportion est à peu près celle que certains auteurs accordent à cette infection pour l'ensemble de la population française.

Toutefois, il ne paraît pas douteux que l'hérédo-syphilis soit un des facteurs assez importants des encéphalopathies, notamment convulsives de l'enfance, et qu'aussi la descendance d'un sujet atteint de syphilis nerveuse soit cérébralement particulièrement fragile.

La tuberculose. — L'étude des rapports de la tuberculose et des syndromes hébéphréniques a subi récemment un regain d'actualité après la découverte des formes filtrantes du bacille de Koch et des techniques expérimentales pour la mise en évidence d'une infection tuberculeuse atténuée.

©BIUM

La contribution que nous apportons ici est purement clinique. On a relevé les cas de tuberculose parentale grave ou mortelle, et chez les malades eux-mêmes les manifestations tuberculeuses, osseuses, ganglionnaires, pulmonaires, qui ont *précédé* les troubles mentaux dont nous avions la chance d'observer les débuts cliniques chez la plupart de nos malades. Parfois, sont notés également les cas de tuberculose des frères et sœurs des malades, mais nous croyons nos chiffres incomplets à ce sujet ; aussi ne les donnerons-nous qu'accessoirement et sous toutes réserves.

Les antécédents personnels indiquent la tuberculose dans 18 cas sur 200, soit près de 10 % des cas. Tuberculose osseuse : 4, ganglionnaire : 4, pleurésie : 2 (l'un de ces malades présente aussi des cicatrices d'adénites cervicales) ; tuberculose pulmonaire : 7, dont 4 traités en sanatoria sont d'évolution peu active. Un dernier malade présente tous les éléments de « l'habitus tuberculeux ». Nous le retenons ici bien que des examens cliniques et radiologiques répétés n'aient pas révélé de lésions évolutives, notamment pulmonaires.

Le tableau suivant indique, avec leurs antécédents héréditaires, les encéphalopathies dont ces sujets ont pu être atteints.

L'alcoolisme paternel et maternel figure 7 fois, la tuberculose (maternelle), une fois seulement.

Sur l'ensemble des cas, les antécédents héréditaires de tuberculose ont été notés 11 fois chez le père, 3 fois chez la mère (dans ce dernier cas, notre dément précoce a un mal de Pott). Mais la tuberculose est rarement isolée, ainsi elle est associée 9 fois à l'alcoolisme paternel, et deux fois à l'aliénation maternelle. Dans ces cas, la mort par tuberculose pulmonaire est survenue au cours d'une psychose chronique *post-partum*, respectivement 11 et 15 ans après l'admission à l'Asile.

Chez les collatéraux, l'infection tuberculeuse est signalée 8 fois seulement (Pott, 1 ; méningite, 2 ; bacillose pulmonaire, 5).

Au total, il n'apparaît pas que la tuberculose s'observe avec une particulière fréquence au moment de l'entrée des malades à l'Asile.

En ajoutant les cas de tuberculose parentale et de tuberculose personnelle, on arrive au total de 32, soit, sur 200, une proportion de 16 %.

Les cas de tuberculose associée aux syndromes hébéphréniques nous paraissent explicables par la grande fréquence d'un de leur facteur commun, l'alcoolisme parental, notamment paternel.

Néanmoins, il n'est pas impossible que, comme toutes les infections, la tuberculose puisse amener des complications cérébrales

©BIUM

d'évolution chronique. A ce point de vue, un de nos cas mérite de retenir l'attention. C'est celui d'un hébéphrénique de 27 ans, traité dans un sanatorium de 7 à 12 ans ; il présenta alors un état méningé aigu qui fut étiqueté « méningite tuberculeuse » et qui contre toute attente guérit. Son état pulmonaire s'était

Sexe	Tuberculose personnelle	Autres antécédents personnels	Antécédents parentaux	Observations
1. F..	Mal de Pott.		M. tub. pulm.	Juive polon.
2. H..	»		P. alcool.	
3. F..	Arthrite tub.			Juive roum.
4. H..	»	Trauma obstétr.		Juif polon.
5. F..	Adénop. tub.		P. alcool.	
6. F..	»	Encéph. puerp.		
7. H..	»	Trauma obstétr.		
		Encéph. morbill.	P. débile.	
8. H..	»	Encéph. scarlat.		
		Monopl. crurale.	M. alcool.	
9. F..	Pleurésie.	Encéph. grippale		Italienne.
10. H..	»		P. alcool.	
11. H..	Tub. pulmon.		P. et M. nerv.	Italien.
12. H..	»		P. alcool.	
13. H..	»	Confus. hallucin. à 6 et 16 ans	P. alcool. M. nerveuse.	
14. H..	»			
15. H..	»			
16. F..	»			
17. F..	»			
18. F..	Habitus tub.		P. déséquil. M. alcool.	

alors rapidement amélioré. Mais sorti du sanatorium, il reste bizarre et, vers 25 ans, après une période assez longue de désadaptation sociale progressive, il faut l'interner. Les médecins qui ont soigné le malade à ce moment considèrent sa méningite comme de nature tuberculeuse, et l'on peut supposer qu'une méningite chronique est la cause du syndrome démentiel qui s'installa progressivement, alors que l'état pulmonaire restait excellent.

Rappelons encore que la tuberculose a été invoquée comme une des causes des convulsions infantiles.

©BIUM

Conclusions

De notre étude nous pouvons présenter les conclusions suivantes :

Sur 200 syndromes de démence précoce (100 hommes et 100 femmes), des tares parentales (père, mère, ou les deux à la fois) sont trouvées 131 fois, soit dans plus de 65 % des cas. D'autre part, 127 de ces sujets (soit 63 %), ont eux-mêmes été atteints d'encéphalopathies aiguës diverses ou de maladies générales à retentissement cérébral possible. Dans 82 cas, les accidents personnels coexistent avec des antécédents héréditaires pathologiques ; dans 45 cas, on les trouve isolés.

L'hérédité psychopathique et l'hérédité alcoolique apparaissent comme les facteurs les plus importants ; l'infection syphilitique et tuberculeuse des parents est plus rare. Toutefois, la syphilis et surtout l'alcool sont eux-mêmes des causes de fragilité nerveuse des parents directs (père et mère) de nos déments précoces. Ainsi constituent-ils encore des facteurs héréditaires de deuxième génération.

Il ne nous paraît pas possible d'affirmer actuellement que l'hérédité pathologique puisse à elle seule en dehors de tout accident cérébral acquis, réaliser un syndrome hébéphrénique, affection plus ou moins évolutive. La constatation avec une fréquence sensiblement égale — chez les sujets à encéphalopathies aiguës connues et chez ceux où de tels antécédents ne sont pas révélés — de symptômes neurologiques et de modifications du liquide céphalo-rachidien, militerait contre cette hypothèse.

De plus, nous avons cherché si les cas où existe une encéphalopathie de l'enfance se signalaient par des troubles intellectuels précoces, notamment une arriération plus ou moins prononcée. Mais cet élément est trouvé avec une égale fréquence dans tous les cas et ne paraît pas pouvoir servir de caractère distinctif. Aussi pourrait-on suspecter, chez un nombre de malades impossible à fixer actuellement, l'existence d'une atteinte encéphalopathique restée cliniquement latente, atteinte post-natale ou survenue au cours de la vie intra-utérine.

Des réserves analogues sont valables pour les 24 malades de la statistique, chez lesquels l'anamnèse ne révèle aucun des facteurs retenus par l'enquête.

Parmi les accidents cérébraux personnels, les traumatismes obstétricaux, les encéphalopathies convulsives, les états méningés fournissent 50 cas, et rivalisent d'importance avec les encé-

phalopathies délirantes survenues au cours d'une infection générale ou d'une maladie éruptive... (49 cas). Les infections le plus souvent en cause sont la typhoïde, la grippe, la broncho-pneumonie des très jeunes enfants, la scarlatine, puis viennent le rhumatisme aigu, la diphtérie, la rougeole, la coqueluche...

A signaler que les convulsions du jeune âge et les traumatismes obstétricaux sont plus fréquents chez les garçons. Il est probable que le volume plus important de leur crâne contribue à expliquer cette différence.

La tuberculose acquise, osseuse, ganglionnaire et pulmonaire, constatée *avant* l'apparition clinique de la maladie mentale est signalée dans moins de 10 % des cas.

La syphilis acquise reste encore plus rare (2 à 3 % des cas).

Enfin notre enquête révèle un nombre important d'étrangers, 55 sur 200 malades, soit plus du 1/4. Sur ce nombre plus de la moitié (28) appartiennent à la race israélite. Ces constatations indiquent le rôle de prophylaxie et d'eugénique qu'aurait à jouer une Commission psychiatrique chargée du contrôle médical de l'immigration.

En définitive, nous pouvons conclure que le syndrome « démence précoce » peut être réalisé par des agents étiologiques très divers. Il n'est donc plus possible de considérer la maladie comme une entité autonome, mais seulement comme le mode réactionnel du système nerveux à des altérations cérébrales d'évolution plus ou moins lente, chez des individus jeunes.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 13 Juin 1935

Présidence : M. Cl. VURPAS, vice-président

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Th. SIMON, *président*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Paul COURBON, *secrétaire des séances*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Paul ABÉLY, *secrétaire des séances*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, qui exprime ses regrets de ne pouvoir faire les présentations de malades dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance ;

une lettre de M. le Dr J.-O. TRELLES, de Lima, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le Dr WORTH, secrétaire général de la *Royal Medico-psychological Association*, transmise par M. l'Ambassadeur de Sa Majesté, et invitant la Société à se faire représenter à la réunion annuelle de cette Association qui se tiendra à Londres du 1er au 5 juillet 1935 : la Société décide de se faire représenter à cette réunion par M. René CHARPENTIER, secrétaire général, et par M. Robert LARGEAU, membre titulaire ;

une lettre de M. le Professeur Pierre COMBEMALE, *secrétaire général du Congrès des médecins aliénistes de France et des pays de langue française*, invitant la Société à se faire représenter à la 39e session de

©BIUM

ce Congrès qui se tiendra à Bruxelles, du 22 au 28 juillet 1935, sous la présidence de MM. René CHARPENTIER et Ern. DE CRAENE : la Société désigne MM. Th. SIMON, *président*, Cl. VURPAS, *vice-président*, Mme THUILLIER-LANDRY, *trésorière*, MM. Paul COURBON et Paul ABÉLY, *secrétaires des séances*, pour la représenter à cette session ;

une lettre de M. le Dr James FERRAZ-ALVIM, de Sâo-Paulo (Brésil), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger :* la Société désigne une Commission composée de MM. Georges DUMAS, MIGNOT et Paul COURBON, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 28 octobre 1935 ;

des lettres de M. le Dr Henry-Ed. CHRISTY, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon, médecin-chef de la Maison de santé départementale de la Sarthe, de M. le Dr Gabriel DUPYTOUT, ancien interne de l'Asile d'aliénés de Naugeat, à Limoges, ancien médecin assistant de la Maison de santé de Vanves (Seine), médecin des hôpitaux de Limoges, et de M. le Dr Jean DURAND-SALADIN, ancien interne des Asiles de la Seine, médecin-directeur de la Maison de santé de Suresnes (Seine), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* la Société désigne une Commission composée de MM. FILLASSIER, Jean LÉPINE et VIGNAUD, rapporteur ; le vote aura lieu à la séance du lundi 24 juin 1935.

Date de la séance du mois d'octobre

La Société décide, comme les années précédentes, de ne tenir au mois d'octobre qu'une seule séance qui aura lieu le *lundi 28 octobre 1935*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

PRÉSENTATIONS

Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie,
par MM. CAPGRAS, ROUART et Mlle DEROMBIES.

L'hystérie est à l'ordre du jour du prochain Congrès de Bruxelles. Il nous a donc paru intéressant de vous présenter une malade, d'un diagnostic difficile, qui pose la question des rapports de l'hystérie et de la schizophrénie, du moins, pour ceux qui croient encore à l'existence d'une mentalité hystérique.

©BIUM

Il s'agit d'une déséquilibrée perverse, âgée de trente ans, qui est dans notre service depuis plus de trois ans. Avant de vous la montrer, nous résumerons brièvement ses antécédents : fille d'une mélancolique, sœur d'un épileptique post-encéphalitique, elle eut une enfance sans incidents. Elle fit de médiocres études primaires et secondaires. Au lycée, paresseuse, dissipée, espiègle, quoique intelligente, elle abandonna la préparation du baccalauréat pour entrer dans une Ecole commerciale dont elle sortit diplômée. Elle passa ensuite deux ans en Allemagne et s'y créa des relations amicales qu'elle entretient encore. Rentrée à Paris, elle s'y maria à 19 ans, s'entendit mal avec son mari et divorça au bout de deux ans.

Quelques mois après, elle quitta le domicile paternel ; trouvant son père trop tyrannique, elle habita chez une amie, eut quelques liaisons de courte durée, et, finalement, s'éprit d'un Autrichien, Rodolphe N., avec qui elle vécut maritalement pendant trois ans environ et dont elle eut deux enfants : un garçon de cinq ans et une fille de trois ans.

Cet Autrichien était un intellectuel, mais un escroc, dont elle devint vite la complice. Elle s'enfuit avec lui à Bruxelles où le faux ménage vécut un an, puis en Suisse, en Hongrie et en Yougoslavie, où le couple fut arrêté : l'homme emprisonné, la femme rapatriée.

A son retour en France, chez son père, elle était enceinte et accoucha, le 28 janvier 1932. Pendant son séjour à la maison maternelle de St-Maurice, elle eut une crise de catalepsie, qui fut constatée par le Dr H. Baruk, puis un léger état confusionnel qu'elle considère comme un état d'hypnose provoqué pour lui faire avouer la vie secrète de son amant.

Placée à l'Hôpital Henri-Rousselle, elle fait l'objet, le 5 mai 1932, de certificats des Docteurs Dupouy et Courtois, d'où nous extrayons les renseignements suivants :

« Déséquilibre mental. Perversions instinctives. Amoralité. Mendacité et Mythomanie. Délinquance. Idées délirantes d'influence. « Sursimulation possible. Prétend que l'on fait sur elle des expériences de suggestion : on agit sur elle comme la vipère qui magnétise « l'oiseau. Crises névropathiques, crie, se roule, se frappe. Velléités « ostentatoires de suicide. Essaie de fuir, puis refuse de quitter « l'Etablissement. Réactions sérologiques négatives. »

Pendant le début de son séjour dans notre service, son état ne se modifie guère. Son délire d'influence se limite à l'idée d'être dominée ou hypnotisée par son amant, elle se déclare incapable de résister à ses désirs, est prête à leur obéir aveuglément. Elle se croit également hypnotisée et aimée par un interne de l'Hôpital Henri-Rousselle, dont le nom a quelque ressemblance avec celui de son amant et qui est israélite comme lui. Loin de se révolter, elle accepte cette nouvelle sujétion : « J'aurais exécuté, dit-elle, les ordres qu'il me semblait recevoir, même s'ils devaient me conduire à la mort. »

Mêmes crises d'agitation, quelques-unes nettement hystériformes

©BIUM

avec arc-de-cercle, attitudes passionnelles, et, à la suite d'une émotion, état cataleptique pendant une heure.

Au bout de quelques semaines, les crises d'agitation cessent, les idées d'influence s'atténuent et sont remplacées par un délire imaginatif fantaisiste dans lequel son amant joue le rôle principal ; il est un escroc international, le chef de l'espionnage, un agitateur politique responsable de nombreux attentats, peut-être un Habsbourg, le réorganisateur tout-puissant de l'Europe centrale. Elle écrit un long mémoire cohérent sur la situation de la Hongrie.

Ce délire imaginatif s'éclipse, à son tour, en quelques semaines. Désormais, et pendant plus de deux ans, la malade devient tout à fait calme. Elle travaille activement et régulièrement ; elle s'intéresse à ses enfants et leur consacre la totalité de son pécule. Elle parle peu, mais, dans ses lettres, elle manifeste le même attachement à son amant.

Elle vit à l'écart, l'humeur un peu morose, ne cause presque pas avec ses compagnes, semble parfois rêver, et se livre, tous les jours, pendant quelques minutes, à des exercices de gymnastique par raison d'hygiène. Elle refuse sa sortie, toutes les fois qu'on la lui propose, parce qu'elle ne se sent pas encore assez de volonté pour vivre au dehors.

A d'assez rares intervalles, son autisme se manifeste par une idéologie démographique. C'est ainsi que, le 29 janvier 1934, elle écrit à un Chinois lettré une longue lettre de douze pages dont voici quelques extraits : « Je regrette en ce moment, et d'une façon très vive, nos interminables explications philosophiques ou historiques... Je ne sais ce qu'est devenu « Jésus-Homme » depuis que vous lui avez fait un aussi malheureux sort, mais je crois bien que son sort de bouquin ne fût pas plus gai que celui de sa patronne... Je ne sais si vous connaissez l'Inde britannique, il existe dans ce ténébreux domaine d'admirables filles-fleurs qui se prétendent des déesses... Je n'ai plus aucun bouquin d'intéressant ici, mais, je vous prierais aimablement de me donner votre avis sur Rabindanath Tagore (La Corbeille de fruits, l'Ecole...)... La Hongrie, en Europe centrale, est le fruit d'un de vos plus célèbres envahisseurs, Attila, mais, je n'oserais confier à votre cœur tous les obscurs tourments de la petite Autriche, où la plus hautaine et la plus célèbre des aristocraties de notre histoire agonise dans la pourriture... Bien amicalement vôtre, je vous prie de bien vouloir présenter à votre trop vénérable famille le sincère hommage d'une blanche. »

En décembre 1934, elle écrit à une amie : « On mène, ici, la vie la plus féroce, la plus silencieuse et la plus hideuse qui se puisse croire, mais, je l'ai voulue et prévue à l'avance. Je ne suis liée avec personne, et je compte, je crois, finir ma vie comme un spectre immobile. »

Depuis un mois environ, un nouvel accès d'agitation se développe. Alors qu'elle travaillait encore régulièrement, le début de cet accès nous fut révélé par une enveloppe, contenant deux pièces de 10 fr.,

©BIUM

ainsi rédigée : « Justice française. Docteur Truelle, médecin légiste Ste-Anne. Bon pour trois heures de torture immédiate des membres, au nom de M. Moraël, ex-bâtonnier, plus une heure de serrure à clous rouges, au nom du gouvernement français, pour avoir été sacrée impératrice à Bruxelles, par Rodolphe, sous les yeux de l'armée belge, — ou le Maréchal Pétain, son oncle, fusillé immédiatement par l'armée autrichienne, — 20 fr. pour les bourreaux. Ordre N. (son amant). »

Dès lors, la malade se fait remarquer par la bizarrerie de son comportement et de ses propos dans lesquels prédomine l'érotisme et où reparaît l'activité délirante antérieure, faite surtout de thèmes imaginatifs. Son amant joue toujours le rôle principal ; elle-même, toujours soumise à la puissance de cet homme, n'a que la place beaucoup plus humble de complice passive. Pour cette complicité (son amant seul ayant été condamné), elle réclame un châtiment. Ce désir d'être puni se manifeste à chaque instant. Cela doit, non seulement, expier les délits dont elle fut complice, mais aussi les pratiques sexuelles solitaires auxquelles elle prétend s'être livrée tous ces derniers temps. On doit lui couper la tête, la main droite. Des actes agressifs (elle s'est jetée récemment sur une infirmière dont elle voulait écraser la tête) seraient motivés par la certitude d'obtenir, ainsi, le châtiment désiré. Elle doit entraîner, dans son châtiment, ses enfants et d'autres personnes de son entourage. Tout l'argent qu'elle peut avoir désormais est destiné au bourreau qu'elle tient à payer. Elle veut que son enfant ayant un père allemand parle allemand ; c'est pourquoi elle lui écrit en allemand : « Si on n'apprend pas la langue allemande à mon fils, dit-elle, je le ferai abattre et je me ferai fusiller ensuite. »

En outre, de nombreux éléments s'ajoutent à ses principaux thèmes sous forme de réminiscence ou de fabulation : telle l'histoire d'un viol devant une porte à Bruxelles dont l'auteur, un inconnu, serait peut-être ou Gorguloff, ou le roi Albert : « Je voudrais, dit-elle, les manger morts..., Gorguloff avec sa calvitie, et Albert sans calvitie, pour expliquer la fausse-couche que je fis par la suite. » « Çà, c'est réel », ajoute-t-elle, en parlant de la fausse-couche.

L'expression de ces idées s'accompagne d'un certain nombre d'anomalies, ton affectif, non pas discordant (à part certains sourires inexpliqués), mais plutôt atone, sans accent de conviction malgré les énormités qu'elle exprime. D'un bout à l'autre de l'interrogatoire, le contact affectif s'établit difficilement, cependant, la malade met une certaine complaisance dans son exposé. Le cours de la pensée semble troublé ; gros défaut de l'attention qui entraîne un sorte de barrage, la malade perd le fil de ses idées et paraît s'abandonner à une sorte de rêverie. Ne sachant plus quelle est la question posée, elle s'accroche aux choses qui sont autour d'elle pour se donner une contenance. Les associations sont lâches, donnant à tout son récit un aspect flou d'onirisme sans confusion (elle se montre parfaitement orientée dans

©BIUM

le temps et l'espace). Ses propos revêtent même parfois une allure incohérente (phrases citées plus haut sur Albert et Gorguloff).

De nombreux phénomènes moteurs viennent contribuer à renforcer l'impression de bizarrerie que donne la malade :

Brusquement, elle se lève, va inspecter un coin de la salle et revient s'asseoir sans mot dire, tournant ostensiblement le dos à l'espace d'où elle vient (pas d'explication).

Par contre, certains de ses gestes stéréotypés semblent avoir une explication plus précise : elle étend le bras gauche « depuis que je me suis touchée », explique-t-elle, « j'ai le bras désarticulé ». Elle passe et repasse ses doigts autour de son cou : ici, les explications varient : tantôt, c'est parce qu'elle va être guillotinée pour ses escroqueries et sa fausse couche, tantôt c'est parce qu'elle se souvient qu'elle faillit avoir la tête tranchée par une locomotive en traversant les voies à Budapest : ou bien parce qu'elle a eu peur que Rodolphe (son amant) ne glisse sous la locomotive : « j'ai failli avoir la tête coupée entre ses jambes », ajoute-t-elle. Parfois, quand on lui pose une question, elle entrecoupe sa réponse par des bâillements forcés, de nombreuses grimaces, des froncements de sourcils.

En résumé, chez cette femme :

D'abord, une existence de déséquilibrée dont les réactions antisociales résultent de sa suggestibilité, de sa soumission aveugle à son amant.

Quelques mois après la séparation forcée et quelques semaines après un accouchement, deux crises de catalepsie et des crises hystériformes, une agitation théâtrale, un sentiment d'hypnose, sans aucune des hallucinations du délire d'influence. Puis un délire imaginatif de grandeurs sans conviction, et assez vite réduit, dont le héros est l'ancien amant.

Ensuite, longue rémission de deux ans, avec conservation de l'activité pragmatique intellectuelle et motrice ainsi que des sentiments affectifs, mais, avec humeur morose, caractère schyzothyme, idéologie autistique.

Enfin, depuis plus d'un mois, nouvel accès d'agitation atypique. Lenteur et pauvreté de l'idéation, discontinuité du cours de la pensée, distractivité, conscience d'une déchéance, dramatisation d'idées bizarres où dominent les préoccupations sexuelles, désir envahissant d'expiation, hantise de la guillotine, tentative de meurtre pour être décapitée, offrandes au bourreau. — Voix monotone, parfois discordante avec les sentiments exprimés. Gestes stéréotypés et symboliques. Bâillements exagérés. Grimaces.

Le diagnostic de schizophrénie semble s'imposer. Suffit-il à donner l'image complète du tableau clinique et à expliquer tous

©BIUM

les symptômes ? Il laisse plutôt soupçonner un processus démentiel encore incertain, la dissociation psychique étant plus apparente que réelle, et la plupart des manifestations morbides demeurant plus réactionnelles qu'automatiques, liées qu'elles sont au souvenir d'actes délictueux imposés, mais inexpiés.

Ne pourrait-on pas admettre que l'épisode délirant actuel, comme les précédents, tire ses particularités de la mentalité hystérique à laquelle se rattacheraient : la catalepsie, qui n'eut rien d'un état catatonique, les crises, la suggestibilité, le sentiment d'hypnose, la mythomanie, le théâtralisme, les idées fixes ? Malgré l'absence de scènes oniriques, la légère obnubilation qui s'ajoute à cet ensemble ne permet-elle pas de le rapprocher de ces états crépusculaires hystériques dont on ne parle plus guère aujourd'hui, mais dont on citait autrefois de nombreux exemples ?

M. H. Baruk. — J'ai eu l'occasion d'examiner cette malade il y a trois ans, à la Maison Maternelle de St-Maurice, dans le service du Dr Briand. Elle présentait alors des crises de catalepsie que nous avions considérées comme symptomatiques d'une psychose post-puerpérale. Il semble que cette psychose soit en voie d'évolution maintenant vers la schizophrénie.

L'intéressante présentation de M. Capgras pose en effet le problème des rapports respectifs de l'hystérie et de la schizophrénie. Ces deux syndromes, malgré certaines analogies, doivent rester, je crois, distincts en clinique. Dans l'hystérie, il existe des troubles mentaux incontestables certes, mais ils restent en quelque sorte plus ou moins souterrains, sans altérer sensiblement, apparemment du moins, la personnalité consciente. C'est pourquoi la maladie se présente à l'observateur non par sa face mentale, mais sous une allure extérieure à peu près exclusivement neurologique. Au contraire, dans la schizophrénie les troubles envahissent et submergent la personnalité consciente, d'où des manifestations délirantes, des troubles graves du comportement, etc... En un mot, l'hystérie est une névrose, la schizophrénie une psychose.

Cette distinction correspond peut-être surtout à des différences seulement de degré, mais ces différences gardent une très grande importance au point de vue pratique et pronostic : le trouble hystérique reste superficiel ; on peut le faire disparaître en quelque sorte à volonté par une action psychothérapique spéciale ; le trouble schizophrénique est plus profond, et comporte une tout autre réaction à cette thérapeutique.

Je crois donc que, sur le terrain pratique, il y a tout intérêt à garder de l'hystérie une définition limitée et précise.

©BIUM

M. RAYNEAU. — M. Baruk considère donc, comme le proclamait Babinski, que ce qui distingue les troubles pithiatiques des troubles psychiques, c'est que les premiers peuvent à la différence des seconds se montrer ou disparaître sous l'influence de la seule suggestion.

Cette opinion est je crois un peu trop exclusive, l'expérience montrant qu'il n'en est pas toujours ainsi.

C'est du moins ce qu'il m'a été donné d'observer et ce que proclamait le professeur Grasset à la fin de la grande guerre.

« Au début de la campagne, a-t-il écrit, lorsque je me trouvais « en présence d'accidents le plus souvent d'origine émotionnelle « ou post-émotionnelle que l'on pouvait mettre sur le compte « de l'hystérie, je pensais comme Babinski qu'ils seraient de « courte durée et céderaient assez facilement à la suggestion. A « la longue, j'a été à même de constater qu'un assez grand nombre de ces malades ne guérissaient pas aussi rapidement que « je l'avais espéré tout d'abord, malgré la thérapeutique suggestive qui avait été mise en œuvre.

« Et maintenant, plus j'observe certains d'entre eux et plus « mon pronostic demeure réservé à leur égard, me demandant « même pour quelques-uns s'ils guériront jamais, leur état « s'étant aggravé malgré tous les traitements institués au cours « de leur longue hospitalisation. »

M. LAGACHE. — Ce qui frappe dans les cas mentionnés par M. Baruk, c'est l'allure réactionnelle des troubles présentés par ses malades. Je veux dire par là que la maladie se produit toujours lorsque le malade se trouve soumis à une situation difficile. Peut-on admettre qu'il existe des états ou des symptômes de structure hystérique qui ne se rattachent pas à l'entité morbide hystérie, mais qui sont cependant des réactions hystériques survenant soit chez des sujets sains, soit chez des aliénés, par exemple au cours d'un processus schizophrénique ? Même cliniquement, il importe de distinguer, dans la maladie, ce qui en exprime l'essence et les réactions secondaires que des mécanismes différents peuvent conditionner.

M. H. BARUK. — Il est possible de faire disparaître totalement l'accident hystérique et quasi-instantanément par une thérapeutique appropriée. Cette propriété ne se retrouve à ce degré dans aucune autre névrose ou psychose. C'est là la signification du pithiatisme de Babinski.

Il ne s'agit là, d'ailleurs, que d'une définition purement clinique, destinée uniquement aux besoins de la pratique, et qui, à

©BIUM

notre avis, ne doit comporter, dans l'esprit du médecin, aucun corollaire pathogénique. La question étiologique et pathogénique doit être étudiée à part, mais auparavant, il est capital de s'entendre sur les faits dont on parle.

M. Lagache me demande si l'on ne peut envisager des « réactions hystériques » dans des conditions variées. Je crois qu'il faut se défendre d'étendre à l'excès cette appellation d'hystérie, et qu'il ne faut pas revenir à la vieille hystérie de Sydenham et d'avant Charcot, qui englobait pêle-mêle tous les troubles morbides encore mal connus. Il n'y a aucun intérêt non plus à ressusciter l'ancienne folie hystérique, véritable protée actuellement à peu près complètement démembrée au profit de la catatonie, de la démence précoce, des psychoses périodiques, etc...

M. Capgras. — Il est évident que, si, comme le veut M. Baruk, l'hystérie se réduit à un syndrome neurologique, le pithiatisme, et si l'on doit en extraire tous les cas qui s'accompagnent du moindre trouble mental, la malade que je viens de présenter ne saurait, en aucune façon, être rapprochée de l'hystérie. Toutefois, on ne saurait contester que le pithiatisme est essentiellement neuro-psychique et qu'il est engendré par une mentalité spéciale. Pourquoi donc, cette mentalité spéciale ne pourrait-elle pas donner naissance, non seulement à des phénomènes névropathiques, mais aussi à des accidents psychopathiques et notamment à des états crépusculaires, ou bien, en s'associant à une autre psychose, ajouter au tableau clinique des couleurs qui lui sont propres ?

Délire de persécution de forme hallucinatoire chez une aveugle, ayant débuté par un délire à deux de forme interprétative, type Régis (malade déjà présentée par MM. Th. Simon et J. Rouart), par MM. Caron et D. Lagache.

Le cas dont nous rapportons l'observation à la Société a déjà fait l'objet d'une présentation par MM. Th. Simon et J. Rouart, à la séance du 11 mai 1933, sous le titre suivant : Un cas de délire à deux, type Régis. *Délire de persécution similaire chez deux conjoints atteints de cécité* (*Annales Médico-Psychologiques*, 1933, t. I ; pp. 597-603). Depuis ce temps, le tableau clinique s'est sensiblement modifié chez la femme, et c'est à ce titre que nous la présentons à nouveau.

Rappelons brièvement les faits, pour le détail desquels nous renvoyons à la publication citée: deux ménages d'aveugles amis et voisins

©BIUM

de palier se brouillent à la suite d'un prêt d'argent fait par le couple T. au couple P. (1929), prêt dont le couple T., sur l'instigation de la femme, réclama le remboursement avec quelque insistance ; à partir de 1930, le conflit se développe en un co-délire de persécution où Mme T. paraît jouer le rôle le plus actif et où les P. jouent le rôle de persécuteurs ; ce délire a une forme surtout interprétative (odeurs désagréables ; mimiques et gestes suspects ; allusions et sous-entendus ; pseudo-constats) bien qu'on ait pu soupçonner la nature hallucinatoire de quelques-uns des propos entendus ; il conduit bientôt les T. à déménager (décembre 1931) et à se brouiller avec la plupart des membres de l'Association Valentin-Haüy où ils travaillaient. Après avoir fait plusieurs plaintes, les époux T. furent internés d'avril à mai 1933.

Le 25 mai 1935, la malade, âgée maintenant de 40 ans, entre pour la seconde fois au service de la Clinique, venant de l'Infirmerie spéciale, avec le certificat suivant :

« Délire de persécution fondé principalement sur un syndrome d'automatisme mental très riche. Commentaire des actes, prise et écho de la pensée, on la montre au cinéma, etc. ; elle est aussi la victime de courants électriques, de rayonnements, on lui donne des sensations génitales désagréables, on lui envoie des odeurs de fleurs écrasées. Néologismes : on l'*amnise ;* on emploie un miroir *radioscopé*. Ils appellent cela de l'*hystérie factice* (désigne ainsi les sensations sexuelles imposées). Craint que son fils devine sa pensée, ce qui, pour elle, est humiliant. Croit que l'Association des Aveugles Valentin-Haüy joue un grand rôle dans ces manœuvres qu'elle ne peut expliquer, malgré les demandes de Mme Jof., elle-même presque aveugle, ayant épousé un aveugle. Le fils du premier mariage de ce dernier était lui-même atteint de décollement de rétine. Elément actif d'un délire conjugal. Mari bègue, beaucoup moins convaincu. Tous deux firent l'objet d'un placement en 1933 (avril-mai 1933). Croit que les locataires de la maison où elle habite sont victimes des mêmes procédés (25 mai 1935, Dr Brousseau).

Sur les deux années de liberté qui viennent de s'écouler, le mari donne les renseignements suivants : dès la sortie, le couple T. a réintégré son appartement et repris ses habitudes. Le mari a retrouvé son emploi à l'Association Valentin-Haüy dès le lundi suivant, sa femme cinq semaines après. Très vite, des difficultés surgissent entre elle et les autres employés. Le mari raconte des remarques désobligeantes qui auraient été faites à sa femme, remarques peut-être réelles, sans signification bien précise, mais qu'elle rapporte à l'atmosphère hostile créée autour d'eux par les persécuteurs (ex. : « on sait beaucoup de choses sur vous »). La susceptibilité de Mme T. s'exacerbe. Elle rumine les gestes, les sourires, les paroles qu'elle perçoit, cherche en particulier le sens du signe du doigt sur la bouche qu'elle percevait partout : Est-ce un ordre de se taire ? Veut-on dire qu'elle est mau-

©BIUM

vaise langue ou que l'on ne peut rien lui dire ? En août 1934, sous prétexte de fatigue, elle quitte l'Association Valentin-Haüy. Les interprétations se multiplient : les hommes font des gestes grossiers en la croisant, et toujours le geste du doigt sur la bouche et le geste de couper ; elle se souvient de confidences grossières que lui avaient faites autrefois des collègues, les rapproche de ses pseudo-constats. Voulant en avoir le cœur net, elle se rend à l'Association Valentin-Haüy, y fait du scandale ; c'est dans ces conditions que le directeur appelle la police et l'envoie au Commissariat du VII[e] en l'engageant à y porter plainte.

Dès le premier contact, la femme contraste avec son mari par son excitation psychique, sa parole rapide et précise, la fermeté de la conviction, son impérantisme, la passion avec laquelle elle proteste contre son internement et réclame sa sortie.

Le sens du délire s'est peu modifié. Mme T. se montre réticente, malgré de fréquentes protestations ou déclarations de franchise. Elle ne sait pas qui la persécute. Peut-être les P., mais indirectement. A l'Association Valentin-Haüy, il ne s'est passé que peu de choses, mais elle s'est sentie isolée. Elle est convaincue que tout le monde, et en particulier le médecin, est au courant des persécutions dont elle se croit l'objet.

Interprétations délirantes et pseudo-constats continuent à jouer un rôle important. C'est ainsi qu'elle soupçonne que l'on agit sur son enfant ; elle l'a vu à son embarras dans certaines circonstances, par exemple lorsqu'on lui envoyait à elle-même « une chose un peu grotesque ». Les gestes, allusions, intonations à la fois significatifs et énigmatiques figurent toujours au tableau clinique. Mais au premier plan, on trouve maintenant des troubles psycho-sensoriels de différents ordres.

Les hallucinations verbales se présentent sous différentes modalités. Au point de vue phénoménologique, la malade distingue des pensées imposées, « choses qui n'ont rien à faire avec ce que je connais, ce que je suis ; ce sont des choses de suggestion que la discrétion m'oblige de taire », des voix silencieuses et des voix extériorisées ; elle éprouve que ces dernières lui parviennent par les tuyaux, les tubulures, l'eau qui s'écoule du robinet ; elles auraient toute la sonorité de la voix d'une personne présente. Au point de vue du contenu, il s'agit d'injures, de formules contradictoires, de scies verbales (ex. Louis, Louisa est son nom et celui de son mari) ; le commentaire des pensées et des actes est fréquent, si l'écho de la pensée et l'énonciation des actes, *sensu tricto*, ne sont pas éprouvés : « Je pensais quelque chose. On disait : « Oh bien non, pas ça, Louisa, alors ? ». Je ne disais pas qu'on devinait ma pensée, mais je « suggestionnais », puisque, complétons-nous, on lui répondait. A un autre moment : « j'enlevais une feuille jaune d'un poireau », raconte-t-elle : « Vous voyez bien qu'elle y voit ! » lui dit-on. Certains propos des voix paraissent en rapport avec un thème de persécution et de grandeur : en entrant dans un

©BIUM

cinéma, elle entend dire: « tiens, la voilà! c'est la petite femme qu'on a mise au cinéma ! voilà la vedette ! c'est la reine, la reine du cinéma ! ». D'autre part, allusions à l'internement : « Ces grands yeux de folle qu'elle fait ». Un point important est que ces propos sont perçus à n'importe quel moment, sans qu'elle s'y attende, chez elle comme dans la rue. Ils s'accompagnent d'un état pénible de tension ; leur disparition coïncide avec un sentiment de détente à la fois psychique et physique, comme si, dit-elle, on retirait la fiche qui fait passer le courant.

Un second fait important est le développement des paresthésies surtout viscérales et génitales. Elle subit des contacts électro-magnétiques. Par exemple, elle éprouve au pied des contractions, des impressions désagréables qui descendent vers la plante ; elle en éprouve également aux ovaires : ces sensations sont pénibles et humiliantes parce qu'elle se sait observée et entendue des fenêtres d'en face qui sont très rapprochées ; en voyant l'impression produite, on déclare : « Elle rougit ! Louisa hystérique ! » Ces phénomènes ont une telle répercussion qu'ils ont déterminé une déformation de la hanche. Elle éprouve diverses sensations de contraction, de resserrement au niveau de l'estomac et du pylore ; à l'œsophage, des pinsures ; la voix est voilée, couverte ; au pharynx, elle sent comme une raclette, une petite rape : « Ça me produisait un mouvement de haut en bas comme si on avait raclé ». On fait sur elle l'expérience du pneumothorax en établissant le contact sous l'omoplate gauche ; elle en éprouve des douleurs horribles. On lui a fait une ponction cervicale : d'où une sensation de resserrement des épaules. Mais c'est surtout la sphère génitale que l'on vise, chez cette femme frigide, pour qui les rapports sexuels auraient toujours été non seulement sans attrait mais douloureux: on a fait disparaître ses règles en août 1934; à ce moment, elle a senti comme un rayonnement autour de la matrice, elle a entendu dire : « Tu vas te laisser faire, on va te mettre des sensations aux organes génitaux ». Elle précise la date de ces agressions, mentionne une cystite anormale, une constipation à outrance. Dans la matrice, elle sent comme des frémissements, des tremblements, des « choses excitantes ». Elle prend ses précautions avant de sortir, s'absente à peine une heure : dès qu'elle rentre chez elle, elle éprouve un besoin d'uriner et des sensations à la matrice.

Mentionnons encore dans l'ordre des phénomènes d'apparence sensorielle des odeurs d'oxygène et d'ozone, « des odeurs trop fortes pour moi, dit-elle, au point de m'obliger à cracher le sang » ; des odeurs de fleurs des champs comprimées, de plantes aromatiques. Une fois, elle a perçu un goût de réglisse (elle usait assez souvent de zan à cause de la fatigue du larynx).

Un troisième trait important est l'apparition de néologismes qui s'intègrent dans l'activité verbale hallucinatoire. On déforme les mots : ex. *préfuce,* au lieu de prépuce. On dit d'elle qu'elle s'*amnise.* Elle ne sait pas trop ce que cela veut dire ; le mot n'a de rapport ni

©BIUM

avec amnésie ni avec amenuiser. D'après elle, il fait allusion au contact établi avec un autre individu qui lui transmet ses pensées, par auto-suggestion, ondes hertziennes, courant magnétique ; il peut encore désigner le rayonnement dans l'intestin. Malgré cet effort de réflexion qui va du mot au sens, l'expression reste hermétique et émouvante ; même en pleine rue, il y a des gamins qui disent : « Tu veux que je t'amnise ».

Enfin, chez cette femme presque aveugle, les explications délirantes comme les expériences délirantes mettent volontiers en cause la lumière, l'optique et la vision : « Je suis la femme lumineuse, déclare-t-elle. Pour qu'on puisse faire des expériences au cinéma il faut bien que je sois lumineuse, grâce à des rayons ultra-violets ou infrarouges (*sic*). C'est pourquoi je suis desséchée. Je pourrais devenir visible par le reflet de glaces et le miroir radioscopé. »

Tels sont les faits nouveaux qui ont paru justifier une nouvelle présentation.

Sans doute, s'agit-il toujours d'une psychose paranoïaque évoluant sur un terrain paranoïaque. Mais la forme du délire a changé. Il ne s'agit plus d'un délire d'interprétation. Une activité hallucinatoire verbale à laquelle s'intègrent des néologismes est apparue. Des paresthésies viscérales et surtout génitales occupent le premier plan chez une femme jusqu'ici frigide.

On pourrait faire à notre interprétation une première objection tirée de la conception classique du délire chronique de persécution : nous faisons allusion à la notion selon laquelle il commence par une période d'inquiétude et d'interprétations délirantes. Mais, si l'on examine de près la publication de MM. Simon et Rouart comme l'observation du service, on verra qu'au début de la maladie, il ne s'agissait pas d'interprétations banales et épisodiques, rattachables au « persécutif commun », mais bien d'un délire d'interprétation lié, d'une part, aux anomalies de la situation vitale, d'autre part, à la personnalité paranoïaque de la malade : l'origine même n'est pas une transformation de la personnalité, mais le conflit résultant du prêt d'une somme d'argent dont les emprunteurs firent quelque peu attendre le remboursement ; les interprétations, exclusivement exogènes, traduisent le développement délirant issu de ce nœud idéo-affectif : pseudo-constants, odeurs désagréables, allusions et sous-entendus, sifflements et gestes sont nombreux, précis, et correspondent bien à un tableau de délire d'interprétation.

Une deuxième difficulté réside dans la question de savoir s'il y a eu, dans cette première période, des phénomènes hallucinatoires. Les auteurs l'admettent, pour quelques formules, mais

avec beaucoup de réserve : « Certaines (allusions) semblent véritablement hallucinatoires telles que : « ce n'était pas la peine de déménager », « les voilà », « va te voir au cinéma ». Il peut s'agir soit d'interprétations exogènes, soit de quelques hallucinations épisodiques. Rien de comparable à l'activité hallucinatoire verbale actuelle, beaucoup plus fréquente sinon continue, non seulement extérieure mais domestique, et dont certains contenus idéo-verbaux, en particulier le commentaire des pensées et des actes, établissent l'origine endogène, par opposition aux interprétations à contenu verbal, en relation avec des tensions sociales et des situations réelles.

Nous pensons avoir établi, dans le développement de cette psychose paranoïaque, la transformation du tableau clinique due au passage de la forme interprétative à la forme hallucinatoire. Un autre facteur accentue cette transformation : l'épanouissement d'un thème d'agression génitale fortement esthésique.

Au premier plan des éléments délirants, nous trouvons une série de sensations d'ordre érotique, autour desquelles tournent la plus grande partie des éléments auditifs et des interprétations actuelles. Les paroles entendues sont, par exemple : « Louisa, l'hystérique », les gestes remarqués s'enrichissent maintenant de gestes obscènes des hommes, etc... Il est intéressant de noter que toutes ces transformations se sont précisément produites depuis un an, au moment où s'établissait la ménopause, fait que la malade a elle-même intégré dans son délire.

La séance est levée à 11 heures 20.

©BIUM

Séance du lundi 24 juin 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

et M. Cl. VURPAS, vice-président

En ouvrant la séance, M. le Dr Th. Simon, *président*, fait part à la Société du décès du Dr Frankhauser, Médecin-Directeur Honoraire de l'Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), *membre correspondant* de la Société médico-psychologique depuis le 24 novembre 1919.

Il souhaite la bienvenue au Dr Koenen, d'Amsterdam, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 9 mai 1935 et le procès-verbal de la séance solennelle du lundi 27 mai 1935, séance solennelle consacrée à la Commémoration du Centenaire de la naissance de V. Magnan, sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Paul Courbon, secrétaire des séances, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Henri Baruk, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Rémi Courjon, ancien chef de Clinique neuro-psychiatrique à la Faculté de Médecine de Lyon, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Meyzieu (Isère), expert près la Cour d'appel de Lyon, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* la Société désigne une Commission composée de MM. Jean Lépine, N. Vieux et G. Collet, rapporteur ; le vote aura lieu à la séance du lundi 28 octobre 1935 ;

une invitation à assister à la Semaine Médicale Internationale qui aura lieu à Montreux, du 9 au 14 septembre 1935, sous le haut patronage du Conseil fédéral de la Confédération suisse.

©BIUM

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON au nom d'une Commission composée de MM. Georges DUMAS, Roger MIGNOT et Paul COURBON, sur les titres de M. le Dr Louis MARS, de Petionville (Haïti), il est procédé au vote :

Nombre de votants 22
Majorité absolue 12

A obtenu :

M. le Dr Louis MARS ..... 22 voix.

M. le Dr Louis MARS, de Petionville (Haïti, Grandes Antilles), est élu *membre associé étranger* de la Société médico-psychologique.

Election de 7 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. CAPGRAS, FRIBOURG-BLANC et Paul ABÉLY, sur les titres de MM. les Drs Jean LASSALE et Jean TRILLOT, d'un rapport de M. Paul COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. FRIBOURG-BLANC, Jean LÉPINE et Paul COURBON, sur les titres de MM. les Drs COSTEDOAT et H. LE SAVOUREUX, et d'un rapport de M. VIGNAUD, au nom d'une Commission composée de MM. FILLASSIER, Jean LÉPINE et VIGNAUD, sur les titres de MM. les Drs Henry-Ed. CHRISTY, Gabriel DUPYTOUT et Jean DURAND-SALADIN, il est procédé au vote :

Nombre de votants 22
Majorité absolue 12

Ont obtenu :

M. le Dr Jean DURAND-SALADIN ..... 22 —
M. le Dr Jean LASSALE ..... 22 —
M. le Dr Henry-Ed. CHRISTY ..... 21 voix.
M. le Dr COSTEDOAT ..... 21 —
M. le Dr Gabriel DUPYTOUT ..... 21 —
M. le Dr Jean TRILLOT ..... 21 —
M. le Dr H. LE SAVOUREUX ..... 20 —

MM. les Drs J. DURAND-SALADIN, de Suresnes, J. LASSALE, de Paris, H.-Ed. CHRISTY, du Mans, COSTEDOAT, de Lyon, G. DUPYTOUT, de Limoges, J. TRILLOT, d'Albi, et H. LE SAVOUREUX, de Châtenay-Malabry, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société médico-psychologique.

©BIUM

Election à 1 place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. BRISSOT au nom d'une Commission composée de Mme THUILLIER-LANDRY et de MM. BONHOMME, BRISSOT, CODET et LOGRE, il est procédé au vote :

Nombre de votants 24
Majorité absolue 13

A obtenu :

Mme le Dr MINKOWSKA ..... 21 voix.
Bulletins blancs 3

Mme le Dr F. MINKOWSKA est élue *membre titulaire* de la Société médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code pénal (*Suite du rapport de la commission*), par M. Xavier ABÉLY.

M. Xavier ABÉLY, *rapporteur*. — La Société médico-psychologique avait décidé le renvoi à la commission de propositions complémentaires formulées à la séance du 25 mars dernier. La commission s'est réunie le 20 juin.

Présents : MM. X. Abély, Capgras, Ceillier, Lauzier, Rayneau et Me Clément Charpentier.

Absents et excusés : MM. Beaudouin, Gouriou, Heuyer, Lévy-Valensi et le Professeur Donnedieu de Vabres.

Tout d'abord la commission a été d'avis qu'il y avait lieu de modifier le terme d' « annexe psychiatrique des prisons » primitivement admis pour désigner l'établissement destiné aux délinquants atteints d'infirmité mentale. Ce terme a un sens spécial tant en France qu'en Belgique ; il indique un local destiné à faciliter l'observation médicale des inculpés en vue des conclusions médico-légales. Le terme d' « établissement médico-pénitentiaire » a paru préférable à la commission pour définir l'établissement qui recevra les délinquants anormaux après le jugement prescrivant à leur égard une mesure de sûreté. La commission avait voulu que le rattachement de cet organisme à l'autorité pénitentiaire soit bien marqué ; la nouvelle expression choisie paraît tout aussi bien que la première souligner ce carac-

©BIUM

tère. En outre, elle est plus correcte car l'établissement médico-pénitentiaire sera territorialement indépendant de la prison. Toute équivoque sera ainsi évitée.

Ensuite la commission a examiné les modifications à apporter à divers articles du projet de Code pénal qui n'avaient pas encore été étudiés par elle.

Dans une séance ultérieure, la Société médico-psychologique avait arrêté les textes des articles relatifs aux établissements de sûreté destinés aux délinquants atteints d'aliénation franche ou d'infirmité mentale grave (art. 72 et 73). Ces établissements seront placés sous la direction ou le contrôle permanent de médecins aliénistes. Le projet de Code pénal prévoit de plus deux autres types d'établissements de sûreté : l'un destiné aux récidivistes, l'autre aux vagabonds. Or, aucune surveillance médicale, aucune inspection psychiatrique de ces établissements n'est admise. Le « régime de réadaptation » et « les signes de cette réadaptation » (selon les expressions mêmes du projet) seront appréciés par l'autorité judiciaire en dehors de tout avis médical. Il y a là une lacune grave, car parmi ces récidivistes et ces vagabonds une visite médicale aurait pu déceler, à coup sûr, des malades ou des anormaux. Pour tous, un avis psychiatrique aurait été utile.

Ce ne sont pas seulement les établissements de sûreté qui devraient être visités par des aliénistes, mais encore tous les établissements pénitentiaires. Cette inspection psychiatrique des prisons, qui existe en Belgique depuis 1891, est réclamée en France depuis de nombreuses années.

Le dépistage des aliénés ou des infirmes mentaux dans les prisons ne serait d'aucune utilité si la possibilité du transfert de ces anormaux dans les asiles de sûreté et dans les établissements médico-pénitentiaires n'était prévue, ce que n'envisage pas le Code pénal.

Le projet ne prévoit pas non plus le rôle que peut si utilement exercer le médecin aliéniste après la sortie des délinquants de l'asile de sûreté ou de l'établissement médico-pénitentiaire. Il est indispensable d'organiser la surveillance et l'assistance psychiatrique des malades et des infirmes mentaux après leur libération.

La commission propose donc d'apporter au projet de Code pénal les modifications et additions complémentaires suivantes :

Art. 74. — Addition. *L'avis d'un médecin spécialisé sera sollicité pour l'application du régime de réadaptation et l'appréciation des signes de cette réadaptation.*

©BIUM

Art. 78. — Addition. *Texte identique au précédent.*

Art. 79. — Modifié. *Les aliénés criminels, alcooliques, toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave qui auraient été placées par décision de justice dans un des établissements de sûreté prévus aux articles 72 et 73 du présent Code, seront visitées par des magistrats. Les individus retenus dans les établissements de travail ou les dépôts de mendicité, en application des articles 74 et 78, seront visités périodiquement par des médecins dont le mode de choix sera ultérieurement fixé et par des membres de société de patronage désignés par le juge. Les personnes chargées de ces visites feront des rapports qui seront communiqués au Ministère Public et au défenseur.*

Article supplémentaire. — *Les établissements pénitentiaires seront visités par des médecins spécialisés aux fins d'examen des détenus qui pourraient relever des mesures de sûreté des articles 72 et 73. La forme de ces visites et le mode de choix de ces médecins visiteurs seront ultérieurement fixés.*

Article supplémentaire. — *Les individus détenus soit dans une prison, soit dans un établissement de travail ou dans un dépôt de mendicité pourront, lorsque leur état mental l'indiquera, être transférés dans l'asile de sûreté ou l'établissement médico-pénitentiaire prévus par l'article 72 et 73, en vertu d'une décision judiciaire après avis médical. Ils y seront maintenus dans les mêmes conditions que les sujets des articles 72 et 73...*

Art. 85. — Addition. *Les sujets des articles 72 et 73, lorsqu'ils seront libérés, pourront être placés sous le patronage d'une institution assistée de médecins aliénistes.*

M. Donnedieu de Vabres, *professeur à la Faculté de Droit.* — J'ai le regret de n'avoir pu assister à la précédente séance de la *Société médico-psychologique*, où l'article 73 du projet de Code pénal a été examiné et remanié, ni prendre part aux derniers travaux de la Commission, qui viennent de faire l'objet du rapport du Dr Xavier Abély. Je m'en excuse vivement.

Si la rédaction nouvelle de l'art. 73, qui concerne le régime des demi-aliénés (alcooliques, toxicomanes, etc.) ne doit pas être regardée comme définitive, je me permettrai de suggérer, à son sujet, quelques amendements de forme, qui laissent les principes absolument intacts.

Voici, en effet, les critiques que me semble appeler le texte actuel.

Il est bien entendu que le terme « établissement médico-péni-

©BIUM

tentiaire » est substitué à celui d' « annexe psychiatrique de prison ».

Mais j'observe que le texte adopté ne fixe aucun *maximum* à la durée originaire du placement « qui ne pourra être inférieure à la durée minimum de la peine ». La détermination de ce *maximum* est indispensable.

La qualité de demi-responsable entraînant la *substitution* à la peine d'une mesure de sûreté, il me paraît désirable d'éviter toute expression laissant entendre que l'intéressé subit une *peine*, même s'il est transféré, par la suite, dans un établissement pénitentiaire.

Enfin, le terme « détenu » (dans un établissement médico-pénitentiaire) me semble plus correct que le mot « retenu ».

En suite de ces observations, j'ai l'honneur de proposer, pour l'art. 73, la rédaction suivante :

Art. 73. — *Toute personne, alcoolique, toxicomane, ou atteinte d'infirmité mentale, qui aura commis un crime ou un délit, sera détenue dans un établissement médico-pénitentiaire pour une durée qui sera fixée par le juge dans les limites de la peine prévue par la loi pour l'infraction dont il s'agit.*

Si, au cours de la détention, la guérison est obtenue, le condamné sera transféré dans un établissement pénitentiaire, où la détention se poursuivra jusqu'au terme fixé par le juge.

Si, à la fin de la détention dans l'établissement visé à l'alinéa 1, l'état dangereux persiste, la détention pourra être prolongée de cinq ans ; toutefois cette durée pourra être réduite ou renouvelée, dans des conditions qui seront déterminées par le Code d'Instruction criminelle.

M. Georges Dumas. — Pourquoi prévoir un maximum puisqu'il s'agit de malades.

M. Donnedieu de Vabres. — Je crois nécessaire d'imposer à la période initiale de détention une durée *maxima*, pour sauvegarder le droit individuel de l'agent. Cette durée doit tenir compte de la gravité objective de l'infraction, donc, de la peine légale.

L'intérêt social n'est nullement compromis, puisque, dans le cas où l'amendement ne serait pas obtenu, l'internement sera prolongé, pour une ou plusieurs périodes de cinq ans.

M. René Charpentier. — Il s'agit d'un maximum renouvelable.

M. Gouriou. — La question du mot « détenu » a déjà été discutée. Nous l'avions remplacé par le mot « retenu » afin de distinguer cette mesure d'une véritable peine.

©BIUM

M. Donnedieu de Vabres. — « Le mot *retenu* implique une détention précédente, que l'on prolonge, ce qui n'est pas le cas actuel. Le terme *détenu* n'a pas nécessairement une coloration pénale. Il s'applique à des individus qui n'ont pas été condamnés, qui peuvent être innocents : ainsi, ceux qui sont en état de « *détention préventive* ». Il désigne, simplement, le fait matériel de la privation de liberté.

M. Gouriou. — Je crains que ce mot de « détention » ne soit propice à la défense

Me Clément Charpentier, *Secrétaire général de la Société générale des prisons et de législation criminelle.* — J'approuve l'emploi du mot « détenu » dans la rédaction de l'article.

M. Xavier Abély, *rapporteur,* déclare accepter pour l'article 73 le nouveau texte proposé par M. le Professeur Donnedieu de Vabres.

Les conclusions de la Commission, et le texte de l'article 73 rédigé par M. le Professeur Donnedieu de Vabres sont adoptés à l'unanimité des votants.

A propos d'un cas d'exhibitionnisme pur du type Lasègue : Les exhibitionnismes par carence sexuelle, par M. Jean Picard.

Pour parfaitement classique que demeure l'exhibitionnisme pur du type Lasègue-Garnier, sa rareté parmi les nombreuses formes d'exhibitionnisme aujourd'hui décrites a pu faire naître des doutes sur sa validité clinique. Nous rappellerons qu'Oliviers, dans une étude d'ensemble, ne l'a pas rencontré une seule fois sur une centaine de cas (1), que les observations probantes n'atteignent pas la dizaine à notre connaissance dans toute la littérature psychiatrique, qu'enfin dans les discussions les plus récentes, une tendance nette s'est manifestée de l'amputer de certains de ses caractères, considérés comme primordiaux par les premiers auteurs, entre autres la frigidité (2). Tout en

(1) Oliviers. — Contribution à l'étude de l'exhibitionnisme (Colonie, Asile de Reckheim). *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie,* 31 mai 1931, p. 321.

(2) *Annales Méd.-Psych.*, séance du 12 février 1931. Discussion, p. 145.

©BIUM

conservant cette forme clinique, mais en quelque sorte pour mémoire, dans la classification de son traité de sexologie, Hesnard, par la définition qu'il fournit de l'exhibitionnisme, semble l'en exclure par avance puisqu'il y voit « une tendance *perverse* caractérisée par une *recherche de la jouissance* érotique », dans des conditions spéciales (1). Bien au contraire, l'observation que nous apportons pourrait s'intituler comme le cas publié par M. Abély et Mlle Truche : « Exhibitionnisme conscient sans caractère érotique » (2). Pour en éclairer certains mécanismes, nous avons cru bon de lui adjoindre deux observations d'exhibitionnismes symptomatiques, empruntant une part de traits communs à la description de Lasègue en ce qu'ils traduisent la déficience de la fonction sexuelle dans la genèse de ces impulsions exhibitionnistes.

Voici, résumées, nos *observations :*

1° Lam... Abel, garçon boucher, 30 ans. Outrages publics à la pudeur, avril 1934. Exhibitionnisme impulsif vrai. Début probable : fin 1933. Responsabilité atténuée. Trois mois de prison avec sursis. Absence actuelle de récidive.

Le nommé L... est poursuivi pour s'être exhibé à d'assez nombreuses reprises devant de jeunes enfants qui se rendaient le matin à l'école. Les choses se sont constamment passées le matin avant huit heures, L... étant posté près d'un urinoir de la rue Gabriel-Lelong, à Chartres. Au passage des enfants, garçons aussi bien que fillettes de neuf à treize ans, sans aucune provocation et d'une manière quasi-automatique, il découvre ses organes génitaux de façon furtive et rapide. Tout se borne là. Signalé par les enfants, et à la suite d'une surveillance de police, L. fut arrêté, ne chercha pas à fuir et reconnut sans aucune difficulté la matérialité des faits. Les divers témoignages furent formels : pas de geste obscène, pas d'érection, pas de masturbation consécutive. Aucun enfant ne l'a jamais vu porter la main à sa verge, laquelle serait toujours demeurée en état de flaccidité. Si le récit de tels sujets, même lorsqu'ils paraissent très sincères ainsi que celui qui nous occupe, demeure fort sujet à caution, tous les témoignages recueillis corroborent incontestablement ses explications. En effet, il déclare obéir à une force qu'il ne parvient pas à comprendre. Il est poussé le matin, et à jeun (l'alcoolisme n'est pas en cause. Le sujet est parfaitement sobre) à ces actes dont il apprécie tout le non-sens. Il n'éprouve pas préalablement d'anxiété véritable, mais un vague sentiment d'incomplétude. La première fois, l'idée lui serait

(1) Hesnard. — *Traité de Sexologie normale et pathologique*, p. 606. Payot, 1933.

(2) X. Abély et Mlle Truche. — Exhibitionnisme conscient sans caractère érotique. *Ann. Méd.-Psych.*, 12 février 1931, p. 141.

©BIUM

venue, sans qu'il l'ait provoquée, à la vue de jeunes enfants, rue Gabriel-Lelong. Il ne l'a point réalisée ; mais, l'occasion se répétant, cette tentation est revenue d'elle-même le matin au réveil. C'est alors qu'il y a obéi passivement. Ensuite les actes se sont stéréotypés dans les mêmes temps, les mêmes lieux, avec les mêmes modalités. Aucune jouissance n'en a jamais été la conséquence. Tout au plus, un sentiment presque immédiat de soulagement avec effacement total de toute préoccupation de cet ordre pour la journée et parfois même pour d'assez longues périodes. La nature de ses « partenaires » est évoquée par lui avec une absence complète d'émotion : leur sexe lui était indifférent, dit-il, mais la discrétion qu'exigeait le sentiment de ses faiblesses lui paraissait mieux assurée par le jeune âge des enfants. Le choix de ceux-ci comme seuls témoins devait limiter les risques encourus tout en soulageant les aspirations réduites de sa sexualité.

Contrairement aux données classiques, L. n'est jamais demeuré indifférent aux conséquences des actes délictueux. Les renseignements recueillis sur l'inculpé étaient unanimement favorables : garçon sobre, sérieux, bon ouvrier, rangé, son existence avait paru toujours très régulière, honnête, exempte de toute condamnation. Il n'a hérité d'aucune tare spéciale. Il n'est pas connu d'aliénés ni de déséquilibrés dans sa famille. Aucun antécédent sérieux n'est à retenir. Son développement fut constamment normal ; son instruction primaire aisée (certificat d'études à 13 ans). L'initiation sexuelle s'est opérée sans choc émotif important vers la seizième année et sans tendances avouées à la masturbation antérieure. Par la suite, durant trois années, il aurait fréquenté régulièrement la même jeune fille jusqu'à l'âge du service militaire. Une grande fatigabilité, un état d'asthénie, des pesanteurs épigastriques, une dépression nerveuse, s'accusent alors. Il se voit réformé dès le deuxième mois à la suite d'un examen médical. Il présente en outre une légère insuffisance mitrale bien compensée. Il n'a jamais contracté aucune maladie vénérienne.

Il va se fixer à Paris au retour du régiment, est employé trois ans comme garçon de magasin, lie connaissance avec celle qui deviendra sa femme et en fait sa maîtresse, une année durant, sans nourrir l'idée bien nette de l'épouser. Cependant, il s'attache à elle, l'estime, décide de se marier quoiqu'elle soit sans ressources. De légers dissentiments familiaux naissent alors : il sent que sa femme est mal agréée par sa famille à cause de son manque d'argent. Cela contribue à le troubler et à le déprimer. Il est sujet à des maux de tête et à des troubles digestifs. Un examen radiographique révèle qu'il a de la ptose gastrique et présente un rein mobile, altérations de la musculature lisse si fréquente dans les états d'asthénie. Pourtant les choses paraissent s'arranger. Il reprend goût au travail et gagne bien sa vie. Le jeune ménage s'est installé près des parents aux environs de Chartres. Plusieurs années passent lorsqu'à la fin de 1932, de nouvelles difficultés surgissent. L' « intruse » est assez mal tolérée par les

©BIUM

beaux-parents qui prétendent qu'elle boit et s'amuse chez les voisins. Il s'indigne de ces accusations, injustes selon lui, mais qui pourtant le troublent, à cause du double conflit filial et conjugal qu'elles provoquent. Il reste toutefois attaché à sa femme dont il a un enfant actuellement âgé de 3 ans et demi. Il faut ajouter que cet attachement apparaît bien plus motivé par une certaine force d'habitude, par un besoin de stabilité affective, que par un sentiment bien profond. Au début, il regrettait l'anormale prolongation des périodes cataméniales de sa femme qui rendaient leurs relations intimes assez espacées ; mais, si l'idée avait pu lui venir de la tromper avec quelqu'autre, sa timidité dominante, élément principal de ses fixations sentimentales antérieures, l'aurait arrêté en chemin. Progressivement, L. a éprouvé un détachement plus ou moins conscient à l'égard de sa femme. Ses désirs se sont émoussés peu à peu en même temps que diminuait sa puissance virile pour atteindre à une impuissance complète. A partir de ce moment, sont apparues les tendances exhibitionnistes, comme de véritables équivalents résiduels des actes manqués. Le sentiment de son impuissance avait contribué à créer chez lui une situation particulièrement pénible et obsédante, et a coïncidé en tout cas chez un homme dont la conduite, de l'avis de tous avait toujours été irréprochable, avec le développement des anomalies sexuelles.

En raison, tant du caractère peu impérieux de l'obsession préalable que surtout de la persistance d'un sens moral ne le laissant nullement indifférent aux conséquences de ses actes, nous avons conclu à une simple atténuation de la responsabilité, la crainte de la prison nous paraissant capable d'une certaine efficacité chez un délinquant primaire, mesurant l'importance de ses délits, et sensible à l'intimidation. Nous avons estimé en outre nécessaire d'indiquer, quoiqu'il ne soit point dans le rôle de l'expert de se prononcer sur l'application de la peine, combien semblait désirable que ce cas bénéficiât de la loi de sursis. Les renseignements que nous avons pu recueillir récemment nous ont confirmé que la conduite de L. n'a plus donné lieu à aucune remarque spéciale et qu'aucune récidive ne s'est produite.

Ce qui est bien caractéristique ici, c'est que l'obsession, en l'absence de tous antécédents génésiques, croît dans la mesure où se limite l'appétit sexuel. L'instantanéité des actes, leur absurdité consciente, sont en rapport étroit avec la passivité de sujets à tendances psychasthéniques. Ainsi se trouvent regroupés les caractères fondamentaux que les auteurs classiques avaient attribués à leur exhibitionnisme. Ce point de vue n'a pas échappé à tous les auteurs : une observation de Ceillier assez superposable à la nôtre met également au premier plan les perturbations de la fonction sexuelle dans la genèse de ces impul-

©BIUM

sions (1). Si l'on n'acceptait point en effet cette composante particulière, il deviendrait bien difficile d'attribuer un sens aux exhibitionnismes automatiques qui se produisent au cours des pré-démences et démences séniles, en dehors de toute motivation délirante ou de tout substratum d'excitation érotique, dans un état rigoureux de frigidité et de platonisme physiologiques. Témoins ces deux observations.

2° Dut... Charles, journalier, 65 ans. Outrages publics à la pudeur : 1931. Exhibitionnisme impulsif vrai avec récidives. Fond d'affaiblissement intellectuel. Début probable des anomalies sexuelles en 1927. Internement.

D. est entré à l'Asile le 30 mai 1931 à la suite d'une expertise du Dr Loup concluant à l'irresponsabilité totale par prédémence de nature organique. En février 1931, le Commissaire de police de Nogent-le-Rotrou avait été avisé qu'un homme s'exhibait devant des enfants des deux sexes et des jeunes filles, ruelle Tremblin. D., interrogé, avouait les faits sans détour, déclarant les regretter et affirmant ne savoir pourquoi il agissait ainsi. En 1927, il avait été condamné pour des faits identiques à un an de prison avec sursis et 100 fr. d'amende. En 1928, même délit, toujours ruelle Tremblin, mais qui n'entraîne pas de suites judiciaires. Il est à souligner que les faits se sont constamment réalisés au même endroit et dans les mêmes conditions. La dernière fois, il aidait son gendre à emménager dans une maison de la ruelle, quand une jeune fille vint à passer. Dès qu'il l'a vue, il a fallu qu'il s'exhibe, sans du reste éprouver aucun plaisir. Il ne réfléchit pas, agit impulsivement, après l'acte il s'en souvient. Il n'avait point bu ce jour-là pas plus que les autres fois. Il ne sait pourquoi il agit ainsi : « C'est plus fort que moi ». Il affirme ne pas s'être masturbé et personne n'a constaté d'érection. Il déclare du fait de son exhibition n'avoir éprouvé aucune jouissance. L'instantanéité classique de l'acte empêche toute rumination préalable. Le soulagement qu'il en éprouve serait d'ailleurs très relatif.

Ce qui frappe dans ce cas, c'est encore le contraste de la conduite par rapport à la bonne moralité du sujet, qui a toujours mené une vie correcte sans incidents judiciaires. Apprenti quincaillier, puis ouvrier d'usine (chapellerie), il a constamment manifesté un comportement irréprochable. Sa vie sexuelle a été fort régulière et ce ne fut jamais un génital passionné. Soldat, il s'est amusé « comme les autres » mais sans excès. Marié à 25 ans (il a eu deux enfants), il n'a jamais trompé sa femme, pratiquant le coït avec modération et *plus du tout depuis cinq ou six ans : « il n'y pensait plus »*. Enfin, il s'était parfois masturbé, mais rarement. Pendant ses cinq années

(1) André Ceillier. — De l'influence des maladies vénériennes et des perturbations de la fonction sexuelle dans la genèse de l'impulsion exhibitionniste. *Société de Médecine légale*, 14 mars 1927, p. 190.

©BIUM

d'engagement à la légion étrangère, dont deux ans et demi comme sergent (son père, lorrain, n'ayant pas opté en 1870 pour la nationalité française et sa mère étant autrichienne), il ne s'est jamais laissé aller aux pratiques homosexuelles. On relève comme antécédents un père mort d'apoplexie, des convulsions à deux reprises dans l'enfance, une typhoïde grave à huit ans, du paludisme durant son service, une occlusion intestinale opérée en 1929. Intelligent, il a reçu une instruction secondaire moyenne. Aucun stigmate de dégénérescence n'est noté. Depuis 1923, l'on a remarqué un fléchissement sensibles de ses facultés psychiques. Il a présenté un léger ictus avec paralysie transitoire des membres et dysarthrie passagère. Pendant longtemps, il a traîné la jambe gauche, est devenu fatigable. Il s'est sénilisé. Récemment, sa vue a baissé sensiblement. Depuis trois ans, il devient sourd de l'oreille droite. En résumé, sénilité aggravée par des lésions cérébrales organiques avec involution sexuelle. D. n'est pas un perverti sexuel ni un érotique. Il est assez conscient pour déplorer les actes commis, désirer sincèrement ne point recommencer, tout en reconnaissant lui-même qu'il ne saurait s'en empêcher et que la surveillance de sa famille le cloîtrant à la maison était justifiée.

Il n'est pas sans intérêt de constater que l'ensemble des commentaires qui ont été consacrés à la première observation peuvent également s'appliquer à celle-ci, quoique la déficience génitale n'y soit point de même nature. Notre dernière observation va nous montrer un exhibitionnisme exceptionnellement tardif, chez un dément complet âgé de 87 ans.

3° Mong... Jules, ancien cultivateur, 87 ans. Outrages publics à la pudeur : 1934. Exhibitionnisme à répétition. Début des troubles : 1932. Irresponsabilité totale. Non-lieu. Confié à la garde des siens sous la surveillance des autorités.

Dans le village de Combres, d'où il est natif, et où il a toujours vécu honnêtement et sans incidents, M... se livre depuis deux années à un exhibitionnisme impulsif, sans aucune constance de temps, des lieux, ni de la qualité des témoins. En raison de son grand âge, de son état notoirement démentiel, de la considération unanime qu'il inspirait par son passé, plainte n'a été portée que tout récemment. Il vit chez ses enfants, fermiers, qui ne pouvaient toujours le retenir à la maison jusqu'à ce qu'il fut grabataire. Son existence avait été irréprochable, entièrement paysanne, sans antécédents génésiques. Pas de tares dégénératives, pas d'incidents pathologiques sérieux. Il y a trois ans, il a présenté à deux reprises des crises urémiques, crises qui ont été le point de départ de sa déchéance mentale. Par la suite, il a présenté une démence progressive avec gâtisme. Son déficit intellectuel est global, ses propos incohérents et décousus, sa déso-

©BIUM

rientation temporo-spatiale complète. Il ne conserve aucun souvenir de son activité répréhensible. En outre, pupilles myotiques, tremblement, légère incoordination motrice. Lorsqu'il était encore valide, il y a un an, il parcourait le pays et au cours de ses promenades, brusquement, sans chercher à se cacher, devant des enfants ou des femmes adultes, seuls ou réunis, il annonçait qu'il allait parler allemand (langue qu'il a toujours ignorée) puis déboutonnait son pantalon, se déculottait, relevait sa chemise et, sans avoir accompli le moindre geste provoquant, la moindre obscénité symbolique, se rhabillait et continuait son chemin. Son expression, disent les témoins, ne traduisait aucune espèce de satisfaction et il opérait constamment au grand jour et au beau milieu de la route. En raison de sa santé très précaire, des désirs et des promesses des siens, l'humanité commandait de limiter au minimum l'intervention sociale, l'aggravation physique de son état rendant improbable toute récidive.

Les phénomènes négatifs prédominent nettement dans tous ces cas. Les caractères décrits par Lasègue s'y retrouvent. Il ne s'agit point, à proprement parler, de perversions, mais bien de déficits de la sphère sexuelle de causes diverses. A la faveur de ces involutions s'opère une véritable régression vers des stades plus primitifs de la sexualité, à caractères infantiles et narcissiques. Ce soi-disant érotisme apparaît bien moins comme une perversion traumatisante (l'objet est indifférencié) que comme une réalisation spectaculaire de l'activité génitale, survivance dépourvue de but précis, d'émotion et d'efficacité. En conséquence, dans ces cas de carence sexuelle, l'on ne s'étonnera guère du caractère automatique de telles pulsions. La crise d'anxiété sur laquelle Lasègue avait particulièrement insisté s'y trouve restreinte, voire absente. Le sujet assiste en quelque sorte sans lutte importante sinon sans regrets à l'automatisme absurde de son comportement.

Si la constatation de prédémence ou de démence commande évidemment l'irresponsabilité, nous inclinons à penser que, dans les cas d'impuissance simple, chez les délinquants primaires, sans antécédents génésiques, la doctrine de l'atténuation de la responsabilité s'impose, en indiquant que le bénéfice de la loi de sursis, épée de Damoclès, utile chez les sujets intimidables, semble devoir être d'une efficacité très réelle.

Socialement, de tels cas peuvent nous fournir des arguments contre les « stérilisateurs ». La doctrine de la stérilisation apparaîtrait bien vaine chez des individus incapables de procréation. La loi danoise qui prévoit la stérilisation dès qu'il y a récidive de l'acte exhibitionniste serait, est-il besoin de le souligner, en la circonstance, inopérante et vexatrice.

©BIUM

M. X. ABÉLY. — Je voudrais, à l'occasion de la communication de M. Picard, attirer l'attention sur une des conséquences pénales de l'exhibitionnisme, qui n'est pas très connue. Je ne suis pas l'adversaire d'une peine à l'égard des exhibitionnistes intimidables. Mais il est une sanction qui me paraît nettement exagérée : c'est la relégation.

En effet, les sujets qui ont eu à subir quatre condamnations à plus de 6 mois d'emprisonnement sont automatiquement envoyés au bagne. Cette disposition de l'ancien code pénal est maintenue dans le nouveau projet « Quatre condamnations, soit à l'emprisonnement pour faits qualifiés crimes, soit à plus de 6 mois d'emprisonnement pour les délits ci-dessus spécifiés (vol, escroquerie, abus de confiance, recel de choses obtenues à l'aide d'un crime ou d'un délit, outrage public à la pudeur, excitation de mineurs à la débauche, embauchage en vue de la débauche, assistance de la prostitution d'autrui) (art. 74, al. 3) » entraînent automatiquement l'envoi dans une maison de sûreté coloniale. La plupart des exhibitionnistes que j'ai eu l'occasion d'examiner inspiraient beaucoup plus, qu'ils soient ou non anormaux, la pitié que la crainte. Ils ne m'apparaissent pas constituer un redoutable danger social. Les assimiler aux assassins, aux voleurs, aux souteneurs se semble vraiment exagéré ; les expédier au bagne me paraît abusif. Le voisinage de ce délit avec ceux qui sont énumérés limitativement est singulier, d'autant plus que cette infraction est très spéciale. Elle est bonne moins en raison de l'acte lui-même que de sa publicité (« Des attouchements impudiques pratiqués sur une personne malgré sa résistance ne sauraient être punis comme constituant le délit d'outrage public à la pudeur, lorsqu'ils ont été accomplis dans une chambre dont les ouvertures avaient été closes) (commentaire du Code pénal, Dalloz). Le fameux héros de Courteline était susceptible de la relégation. Il y a là une sorte de pudibonderie sociale, qui explique seule la gravité de la peine. Je proposerais donc que l'exhibitionnisme soit éliminé dans le nouveau projet de Code pénal des délits pouvant conduire au bagne.

M. Pierre JANET. — Cette communication sur l'exhibitionisme contenait un détail qui m'a intéressé, c'est qu'il n'est pas toujours facile de voir dans cette conduite le rôle des instincts sexuels proprement dits. Dans bien des cas, sans doute, l'exhibition des organes a un caractère sexuel plus ou moins immédiat, quand le sujet éprouve une jouissance sexuelle dans cette pratique. Même dans ce cas, la jouissance n'est pas toujours un effet immé-

©BIUM

diat de l'exhibition, c'est déjà parce que cet acte a excité l'individu d'une autre manière que la jouissance devient possible.

Très souvent, l'exhibition rentre dans une classe plus générale, celle des impulsions à la recherche de l'excitation : il s'agit de déprimés qui cherchent à se remonter par une action sociale. L'action qui consiste à découvrir ses parties sexuelles devant des témoins à qui les lois de la décence interdisent de les montrer, peut provoquer chez des jeunes gens ou chez des femmes un certain désir amoureux, ce qui est déjà un succès. D'autre part, cet acte est défendu et son exécution manifeste un certain courage, un mépris des règlements de police qui flatte l'individu et qui doit le faire remonter dans l'estime des spectateurs, incapables d'en faire autant, en tous les cas, il doit faire remarquer l'auteur, le tirer de cette situation banale dans laquelle il se sent si déprimé.

Une jeune fille avait déclaré à sa famille qu'elle venait de se fiancer avec un individu fort suspect, d'une situation bien au-dessous de la sienne ; c'était déjà une bravade contre l'opinion publique. Les parents ayant naturellement refusé leur approbation, la jeune fille était fort déprimée ; elle vint m'annoncer un jour qu'elle s'était engagée aux Folies-Bergères pour s'exhiber nue sur la scène. C'était encore une manifestation de son mépris de l'opinion publique, une protestation contre les sentiments bourgeois de sa famille, un effort pour se faire remarquer. Comme elle le disait elle-même : « après les émotions pénibles, j'ai toujours besoin de faire quelque chose d'excentrique ».

D'ailleurs, ce caractère ne se manifeste pas seulement dans l'exhibition grossière des organes génitaux ; il existe également chez bien des gens, hommes ou femmes, qui éprouvent le besoin de se montrer en public dans des tenues ou des attitudes bizarres, avec des toilettes plus ou moins extraordinaires ou choquantes et d'attirer l'attention sur leur personne physique.

Il ne faut pas oublier l'exhibitionnisme moral de ceux qui cherchent toujours avec un gros effort à jouer un rôle, à se montrer, à briller dans une réunion d'une manière quelconque. Partout, il y a des gens qui sans cesse parlent d'eux-mêmes, de leurs grands travaux, de leurs prétendus succès. Dans toutes les réunions, ils ne peuvent pas entendre exprimer une opinion sans prendre la parole, quand ils n'ont rien à dire. Tantôt ils répètent ce qui vient d'être dit, pour s'y rattacher, pour s'en attribuer le mérite, tantôt ils s'efforcent de contredire un détail pour exhiber leur supériorité.

Depuis l'ouverture du pantalon devant des enfants, jusqu'à la

©BIUM

déclamation prétentieuse, c'est toujours la même tendance à l'étalement de la personnalité, du « moi haïssable » dans la société pour chercher à se procurer le petit « moral cocktail ».

M. Georges Dumas insiste sur l'élément « économie » qui se retrouve chez nombre d'exhibitionnistes discrets et psychasthéniques, qui leur fait rechercher des actes beaucoup plus simples que le coït, n'exigeant ni la même initiative ni la même assurance et qui sont capables de leur apporter une excitation sexuelle, cette excitation fût-elle purement cérébrale.

M. Gouriou. — Ce sont des insatisfaits sexuels, chez qui le changement de milieu social et de vie modifie les tendances.

M. Fribourg-Blanc. — Dans l'armée, on rencontre assez fréquemment l'exhibitionnisme; j'ai pu discerner parfois alors des phénomènes de compensation provoqués, soit par la frigidité, soit par l'insatisfaction sexuelle. Dans presque tous ces cas, l'intimidation est favorable.

M. Picard. — Je crois que chaque situation comporte un cas d'espèce. Chez l'un, on retrouve la recherche de l'érotisme traumatisant ; chez l'autre, la compensation. Il faut, en effet, je crois, user de l'intimidation avec modération, mais suffisamment cependant pour éviter des récidives.

Si la rélégation est prévue, c'est que dans certains cas il doit y avoir un caractère pervers tout particulier, car, à mon avis, tous les exhibitionnistes ne sont pas « de pauvres gens ».

L'index tyrosine des polypeptides sériques dans l'aliénation mentale, par MM. Th. Simon, J.-Ch. Roux et R. Goiffon.

M. le Professeur Duval a montré l'accroissement des polypeptides du sang à l'occasion des *shocks* opératoires. Le shock serait consécutif à l'envahissement du sang par ces produits de désintégration des albuminoïdes, et il serait causé par l'intoxication que provoque cette polypeptidémie. L'un de nous ayant cru remarquer une abondance de polypeptides sériques chez quelques mélancoliques, nous fûmes conduits par là à faire le dosage des polypeptides chez les aliénés quels qu'ils fussent. Une technique établie par M. Goiffon permettait cette recherche en série.

L'étude des polypeptides est d'ailleurs à l'ordre du jour, et nous devons rappeler, outre un article de M. Claude sur

©BIUM

12 alcooliques délirants (*Presse médicale*, 1932), plusieurs recherches de M. Fiessinger (Société de biologie, mars 1930, *Presse médicale*, 1934). Ces auteurs se sont surtout occupés de la présence de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien, et nous reviendrons brièvement sur ce point tout à l'heure. Les chiffres que nous apportons aujourd'hui concernent presque exclusivement les polypeptides du sang.

130 à 134.....			*I*		
125 à 129.....					
120 à 124.....					
115 à 119.....					
110 à 114.....					
105 à 109.....					
100 à 104.....			*I*		
95 à 99.....		×			
90 à 94.....					
85 à 89.....			*I*		
80 à 84.....			*I*		
75 à 79.....			*II*		1
70 à 74.....			*I*		
65 à 69.....			*III*		1.5
60 à 64.....			*IIIII*		3.5
55 à 59.....			*IIII*		2.5
50 à 54.....	*I*	*IIII* ××	*IIIIIIII*	7	5.5
45 à 49.....	*II*	*III* ×	*IIIIIIIIIIIIII*	7	10
40 à 44.....	*I*	*I* ×	*IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII*	3	16.5
35 à 39.....	*III*	*IIII* ×	*IIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIIII*	10	18.5
30 à 34.....	*IIIII*	*III* ××	*IIIIIIIIIIIIIIIIIII*	13	16
25 à 29.....	*IIIIII*	*IIIIIIIIII* ××	*IIIIIIIIIIIIIIIII*	27	13.5
20 à 24.....	*IIII*	*IIIIIIIII* ×××	*IIIIIIIII*	23	7.5
15 à 19.....	*III*	*IIIII*	*III*	11	2
10 à 14.....	*IIII*	*I* ×		7	
5 à 9.....		*I*		1	
0 à 4.....					

Voici nos résultats sur ce tableau. Signalons, avant de les commenter, que le taux des polypeptides sériques paraît sans relation avec l'âge des sujets examinés, ce qui nous a permis de ne pas tenir compte de cet élément.

Ici, à gauche, exprimé en milligrammes de tyrosine par litre de sérum, le taux des polypeptides rencontré. En face, les résultats individuels, chaque trait vertical correspondant à un sujet examiné.

Dans la *première colonne* figurent des sujets qu'on peut considérer comme NORMAUX. En réalité nous ne savons pas, absolument parlant, si ces sujets sont vraiment normaux. Mais ce sont, dans tous les cas, hommes et femmes de tout âge, qui vaquent

©BIUM

à leurs affaires, font leur travail journalier, sans que nous leur connaissions ni ayons même la moindre raison de les supposer malades. Parmi eux figurent plus de vingt agents du service de l'un de nous, infirmiers pour la plupart. Nous les connaissons depuis plusieurs années et nous ne les avons jamais vus arrêtés pour maladie. Chez quelques-uns toutefois l'examen du sang a montré des doses de bilirubine assez élevées, tant le normal est vraiment difficile à découvrir.

Dans une *deuxième colonne* sont réunis des MALADES CHIRURGICAUX où les polypeptides ont été dosées *avant opération*. Ce sont tous individus venus à la consultation chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard, pour hernies, ulcères de l'estomac, fibromes, appendicites, etc., fébriles ou non. Dans une première communication faite à la Société de biologie le 17 juin dernier, les cancers avaient été retirés de cette série, comme constituant un groupe spécial, et précisément générateur de polypeptides. Nous les avons laissés aujourd'hui, et de là ce cas aberrant, à un taux de 96 mmgr.

La *troisième colonne* enfin renferme uniquement des MALADES DE L'ADMISSION DE SAINTE-ANNE, dont nous verrons le détail tout à l'heure.

Au total, un peu plus de 100 sujets normaux et chirurgicaux et plus de 200 aliénés.

On voit d'emblée le *contraste* entre nos malades et les autres sujets dont nous venons de dire l'origine. Tandis que le taux des polypeptides sériques est chez ces derniers généralement bas, chez les aliénés il atteint des doses notamment plus élevées dans un nombre impressionnant de cas.

Prenant comme base d'appréciation pour le normal un taux de 30 mmgr. de tyrosine par litre, nous résumions nos premiers résultats de la manière suivante dans la note à la Société de biologie dont nous parlions tout à l'heure : sur 58 malades chirurgicaux, il y en a 31 0/0 dont l'index tyrosine des polypeptides sériques dépasse 30 mmgr. ; sur 110 malades mentaux, le pourcent des sujets chez qui l'index est supérieur à 30 s'élève à 77,4, soit plus du double.

Les résultats qui figurent à ce tableau sont plus nombreux, mais ils ne changent que peu de chose à ces premières conclusions. Le contraste persiste. Si de rares aliénés ne présentent pas plus de polypeptides que des sujets soi-disant normaux ou atteints d'une affection chirurgicale locale, un bien plus grand nombre de malades mentaux émergent du groupe commun et

©BIUM

sont caractérisés par des index tyrosine supérieurs à 35 et même à 45 mmgr.

Bloquons plutôt nos deux premiers groupes de sujets qui aussi bien se présentent de façon très analogue : *la moyenne* pour eux est de 27 mmgr. de tyrosine par polypeptides ; elle est de 38 chez les aliénés.

Faisons enfin *le pourcent* des individus selon leur taux de polypeptides : tandis que les 0/0 sont supérieurs chez les normaux jusque dans la tranche 25-29, à partir des taux 30-34 les pourcents deviennent plus élevés chez les aliénés.

Il semble donc bien établi qu'on rencontre chez ceux-ci des doses de polypeptides particulièrement fortes.

II

Entrons maintenant dans le détail. Nous avons réparti nos malades mentaux selon leur catégorie. On est frappé par l'analogie des résultats quel que soit le groupe des malades qu'on considère. Il faut regarder avec attention pour remarquer des différences, et celles-ci sont toujours si minimes que nous ne les signalons qu'avec les plus grandes réserves.

1. ORGANIQUES. — Un groupe nous surprend, les *arriérés* (1). Les polypeptides présentent chez eux des taux fort variables.

Chez les *alcooliques* le taux s'écarte de la moyenne normale, mais assez faiblement.

Il s'élève davantage chez les *paralytiques généraux*, chez qui les taux inférieurs deviennent en outre exceptionnels.

Par *déments* nous entendons surtout des cas d'affaiblissement avec lésion circonscrite, hémiplégie, aphasie, mais de date déjà ancienne. Les taux élevés sont assez fréquents.

2. ALIÉNÉS PROPREMENT DITS. — Un groupe semble rester à des taux peu élevés, celui des *déments précoces*. Malheureusement ce n'est pas un diagnostic que nous pouvons fréquemment porter à l'Admission.

Les délires, les confusions — mais surtout les états d'excitation — et plus encore *les états mélancoliques* donnent des résultats particulièrement étendus dans les zones élevées.

Dans ces deux derniers groupes, états d'excitation et mélancoliques, nous avons examiné de plus près les *résultats extrêmes :* sujets avec index inférieur à 25, sujets avec index supérieur à 45. En ce qui concerne les états d'excitation nous ne

(1) A qui nous avons joint les déséquilibrés avec troubles du caractère.

©BIUM

voyons pas grande différence entre les malades selon le taux qu'ils présentent. Pour les états mélancoliques, au contraire, il ne nous paraît pas douteux que *les taux supérieurs à 45 appartiennent à des cas de mélancolie anxieuse particulièrement caractérisés.*

	Arrièr. déséq.	Ep.	Alc.	Pg.	Dem.	Dp.	Délire.	Conf	Exc.	Mél.
130 à 134										I
125 à 129										
120 à 124										
115 à 119										
110 à 114										
105 à 109										
100 à 104									I	
95 à 99										
90 à 94										
85 à 89								I		
80 à 84										I
75 à 79				I				I		I
70 à 74				I						
65 à 69				I					I	I
60 à 64			II		I		I			III
55 à 59	I			I			I			II
50 à 54	II	II			II		I		III	I
45 à 49	III			IIIII	I		II	I	II	IIII
40 à 44	III	I	IIII	IIIIII	III	I		II	II	IIIIII
35 à 39	IIII		IIIII	IIII	IIII	II	I	I	IIIIII	IIIII
30 à 34	III	III	III	II	II	IIII	III	II	III	IIIII
25 à 29	II		III	II	IIII	I	III		II	IIIIIII
20 à 24			I	I	I	I	I		III	IIII
15 à 19	I							I	I	
10 à 14										
5 à 9										
0 à 4										

Signalons en outre deux *cas particuliers :* 1° Parmi les excitations, un taux à 102... Il s'agit d'une *psychose puerpérale* sur terrain dégénératif. La malade a vu ses troubles se développer peu après un accouchement survenu 4 mois avant son entrée ; et sa mère a été internée quelques jours après elle.

2° Parmi les mélancoliques, un taux de 132. Il s'agit de la *sclérose en plaques* avec accidents mélancoliques dont l'un de nous a publié récemment l'observation.

III

Enfin nous avons réexaminé quelques malades à deux reprises différentes, et nous avons aussi appliqué la même technique à quelques liquides céphalo-rachidiens. Voici les résultats.

©BIUM

1. Examens renouvelés. — D'abord *6 alcooliques*. Premier examen en cours d'accidents subaigus ; second examen une quinzaine de jours après.

	En état subaigu	*Après amélioration*
G.	37,5	25
A.	40	30
D.	35	20
L.	37,5	35
F.	60	50
C.	40	35

Dans deux cas, taux des polypeptides à peu près stationnaire. Une diminution existe mais peu marquée. Dans 4 cas, elle est au contraire sensible, atteint ou dépasse 10 mmgr. de tyrosine.

Mélancoliques, confusions, folie intermittente : 5 cas ; 4 fois taux à peu près stationnaire des polypeptides, état mental sans changement appréciable, et puis, *dans un cas, chute des polypeptides de 47,5 à 27,5. L'anxiété de la malade a disparu à peu près complètement* (1).

2. Liquides céphalo-rachidiens.

	Sérum	—	Diagnostic —
M. G.....	25		Mélancolie.
M. N.....	0	27,5	Alcoolisme subaigu.
M. H.....	0	30	Délire de persécution.
M. L.....	0	60	Id.
M. G.....	21,5	22,5	Excitation.
M. L.....	17,5	40	Alcoolisme.
M. G.....	8,75	32,5	Délire de persécution.
M. R.....	6,25	27,5	Id.
M. L.....	5	22,5	Sénile aphasique.
M. R.....	0	32,5	Alcoolisme.
M. R.....	7,5	70	Paralysie générale.
M. L.....	5	55	Id.
M. P.....	5	65	Excitation.
M. L.....	2,5		Paralysie générale.

(1) Voici les résultats individuels :

	1er examen	Examen 15 jours après environ
H.	47,5	27,5
B.	32,5	37,5
L.	47,5	42,5
C.	40	32,5
M.	20	25

©BIUM

Nous n'avons guère cherché les polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien que dans une quinzaine de cas. C'est trop peu pour faire un dépouillement selon l'affection mentale. C'est assez pour indiquer que nous n'avons observé *aucune relation constante entre la teneur en polypeptides du liquide céphalo-rachidien et la teneur en polypeptides du sérum*. Trois fois absence complète de polypeptides dans le liquide céphalo-rachidien, alors que le taux du sérum peut s'élever à 60 ; et inversement taux de 21,5 dans le liquide céphalo-rachidien dans un état d'excitation où le taux du sérum n'était que de 22,5.

IV

Qu'allons-nous conclure de ces faits ?

1° A moins que nous n'ayons commis quelque erreur, malgré toutes les précautions que nous avons prises, les aliénés sont des malades chez qui le plus souvent l'index tyrosine des polypeptides est notablement plus élevé que chez les sujets sans troubles mentaux.

2° Ces recherches seraient à poursuivre, et nous entrevoyons notamment trois situations où des documents seraient intéressants à recueillir :

a) En premier lieu, augmenter les statistiques sur les sujets soi-disant normaux.

b) En second lieu, par des dosages dans les urines de 24 heures, contrôler si les aliénés à polypeptides sériques peu abondantes sont des sujets qui en éliminent, et si, à l'inverse, les aliénés à taux élevé de polypeptides sériques ne sont pas des malades chez qui ces polypeptides s'accumulent par rétention.

c) Enfin vérifier si, dans les cas de guérison, le taux des polypeptides ne s'abaisse pas en même temps que s'opère la disparition des troubles mentaux.

Nous avons cité tout à l'heure quelques chiffres orientés autour de ce problème. Mais ils n'ont porté que sur un trop petit nombre de malades, et, de plus, sur des alcooliques, chez qui, nous l'avons vu, le taux des polypeptides est relativement peu élevé. Nous espérons que nos collègues voudront bien utiliser le matériel dont ils disposent et nous apporter leurs résultats dans les états d'intermittence ou dans les guérisons qu'ils sont susceptibles d'obtenir.

Nous terminerons à ce sujet en rappelant quelques indica-

©BIUM

tions de technique particulièrement importantes : 10 cm³ de sang, 5 cm³ de liquide céphalo-rachidien paraissent des quantités suffisantes ; l'examen doit être fait dans les quatre à cinq heures qui suivent la prise de sang ou la ponction lombaire.

M. Dublineau. — M. Simon a bien voulu rappeler les publications antérieures de la Clinique sur la question des Polypeptides sanguins et rachidiens chez les alcooliques. Depuis ces premiers travaux, nous avons, avec Masquin, Ey, Mlle Bonnard, sous la direction de M. le Professeur Claude, étendu cette recherche à divers syndromes psychopathiques. Sans insister sur la technique (Cristol et Puech) ni sur le détail des observations qui font l'objet de publications en cours, nous retiendrons l'intérêt qu'il y a à suivre l'évolution parallèle du taux des polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, en s'assurant au besoin par les épreuves habituelles de l'existence ou de l'absence de troubles dans le fonctionnement hépatique. 1° Dans un certain nombre de cas, il y a augmentation simultanée du taux des polypeptides dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Ces cas rappellent ce qui a été décrit par Fiessinger dans les épisodes confusionnels des cirrhotiques. (Il est possible d'ailleurs que l'hyperpolypeptidémie soit isolée, ainsi que cela vient de vous être signalé).

2° Dans un deuxième ordre de faits, il y a hyperpolypeptidorachie solitaire. Le problème alors se pose de la signification de ce fait. A ne retenir ici que la paralysie générale que nous avons plus spécialement étudiée, la courbe de peptidorachie s'est montrée dans quelques cas après malariathérapie relativement parallèle à l'évolution clinique. Il semble qu'on puisse accorder dans ces cas à la chute de la courbe peptidorachique une valeur pronostique favorable.

L'hyperpolypeptidorachie est-elle due à des mécanismes d'autolyse ? à des désintégrations tissulaires ? On ne peut que formuler des hypothèses à cet égard.

M. Th. Simon. — M. Dublineau insiste surtout sur les recherches faites dans la paralysie générale. Je crois qu'il est également très intéressant d'étudier à ce point de vue le syndrome mélancolique.

©BIUM

Le liquide céphalo-rachidien, témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques, par MM. A. COURTOIS et André P.-L. BELEY.

La récente communication de MM. Paul Abély, J. Royer et Ch. Durand (1), puis la thèse de J. Royer (2) nous fournissent l'occasion de revenir sur la question des agents étiologiques des délires hallucinatoires chroniques.

Disons d'abord que nous sommes en parfait accord avec les auteurs, qui observent des modifications du liquide céphalo-rachidien dans certains syndromes hallucinatoires chroniques. Comme eux, nous avons observé la fréquence de l'extension de la courbe de précipitation du benjoin dans la zone méningitique. Plus rarement existe une augmentation modérée du taux de l'albumine (0,40 à 0,60).

Nous avons réuni au hasard 176 résultats d'examens du liquide céphalo-rachidien de sujets atteints de délires chroniques. Ils concernent 88 hommes et 88 femmes. Chez les hommes, 18 fois sur 88, la précipitation du benjoin atteint le 11e et même le 12e tube (zone méningitique), soit 20 0/0 d'anomalies.

Chez les femmes, l'extension de la courbe de précipitation du benjoin est observée 4 fois seulement sur 88 cas, soit 4,5 0/0 d'anomalies.

D'autre part, le taux de l'albumine du liquide céphalo-rachidien dépasse assez souvent 0,30, mais l'excès d'albumine est plus rare que la modification de la courbe de précipitation du benjoin (dont nous tiendrons seulement compte ici) et qui exprime l'évolution d'un processus méningé chronique.

Chez les délirants hommes, l'existence d'une imprégnation alcoolique chronique est certaine dans plus de 50 0/0 des cas. Elle est parfois associée à des signes d'artériopathie cérébrale. Or, rappelons à titre comparatif que dans l'alcoolisme chronique, non compliqué de symdrômes délirants, nous avons relevé de 25 à 50 0/0 d'anomalies de la réaction du benjoin colloïdal suivant l'ancienneté de l'intoxication (3).

(1) La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal (réaction tardive) dans certains cas de psychoses hallucinatoires chroniques. *Soc. Méd.-Psych.*, 25 février 1935, *Ann.*, p. 311-319.

(2) La réaction du type méningitique du benjoin colloïdal dans certaines maladies mentales et plus spécialement dans les psychoses hallucinatoires chroniques. *Thèse Paris*, 1935, Jouve Ed.

(3) A. COURTOIS et H. PICHARD. — Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme (100 examens). *Soc. Méd.-Psych.*, juin 1929.

©BIUM

Chez les 88 délirantes femmes, l'alcoolisme chronique et l'artériopathie cérébrale existent dans 6 à 7 cas. Les modifications de la réaction du benjoin ne sont notées que dans quatre cas.

Ces faits nous paraissent suffisamment nets pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y insister. Rappelons cependant que l'intoxication alcoolique chronique est également très fréquemment signalée dans les observations de la thèse de J. Royer.

Ainsi chez les délirants chroniques hommes, l'intoxication alcoolique et les signes humoraux de la méningite chronique qu'elle conditionne sont fréquents ; ces deux facteurs sont bien plus rares chez la femme.

Ces constatations apportent de nouveaux arguments à la conception qu'on peut actuellement se faire des délires hallucinatoires chroniques (1).

D'abord, les états décrits sous le nom de délire chronique, de psychose hallucinatoire chronique, de délire ou de démence paranoïde..... ne constituent pas des entités pathologiques, n'existent pas en tant que maladies particulières ; mais ils constituent des présentations syndromiques en rapport avec des processus cérébraux assez semblables. Ce sont les maladies cérébrales en cause qu'il importe de déceler sous l'apparence des syndromes psychologiques.

Parmi ces maladies cérébrales, les plus fréquentes chez l'homme sont d'une part les encéphalopathies inflammatoires d'origine traumatique ou toxi-infectieuse, d'autre part l'alcoolisme cérébral chronique — avec ses lésions méningées, corticales et cellulaires — associé assez souvent à une artériopathie cérébrale, qui peut d'ailleurs évoluer pour son propre compte, en dehors de l'intoxication alcoolique chronique.

Aussi chez l'homme ne faut-il pas s'étonner de trouver dans bien des cas de délires chroniques les mêmes modifications du liquide céphalo-rachidien que dans l'alcoolisme chronique et l'artériopathie cérébrale non compliqués d'un syndrome délirant durable.

Mais si les agents étiologiques des syndromes délirants chroniques sont multiples, ils ont en commun leur mode évolutif et les réactions cérébrales qu'ils provoquent sont de même type.

Ils expriment un processus cérébral d'évolution lente, ne bouleversant pas d'habitude les grandes fonctions cérébrales, intellectuelles, motrices, végétatives. Ils s'opposent aux processus céré-

(1) A. Courtois et A. Beley. — Quelques agents étiologiques des syndromes délirants chroniques. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Lyon, 17 juillet 1934.

©BIUM

braux aigus et subaigus dont l'apparence syndromique et les séquelles diffèrent beaucoup suivant que le cerveau a été altéré au cours des premières années du développement ou bien plus tardivement. Quant aux délires chroniques, ils n'apparaissent guère que lorsque le lent processus cérébral pathologique se développe sur un cerveau adulte.

C'est ainsi que des délires durables s'installent après l'encéphalite aiguë révélée par le delirium tremens des alcooliques ou apparaissent lentement chez des alcoolisés de longue date. De même les délires de persécution de l'encéphalite épidémique chronique, de même ceux dont l'impaludation qui transforme en un processus chronique l'encéphalite subaiguë des syphilitiques (paralysie générale) permet l'apparition ; de même encore les syndromes délirants chroniques qui font — avec ou sans intervalle libre — suite à l'encéphalite psychosique aiguë azotémique.

D'autres processus cérébraux mal connus peuvent s'accompagner de délires hallucinatoires durables et de modifications liquidiennes. Nous en avons publié deux observations (1). Dans un cas l'encéphalographie révélait une atrophie corticale à prédominance frontale.

Assez souvent le processus encéphalitique chronique s'accompagne d'un processus méningé d'évolution également lente. C'est le cas de la paralysie générale traitée, où les modifications initiales du liquide céphalo-rachidien s'atténuent, perdent progressivement leur spécificité première, pour ne plus exprimer en définitive qu'un processus méningé chronique assez banal. C'est ainsi qu'il nous semble légitime d'interpréter la ressemblance du syndrome liquidien de la méningo-encéphalite des syphilitiques d'évolution ralentie après traitement, avec le syndrome liquidien de l'alcoolisme chronique et de l'artériopathie cérébrale conditionnant eux aussi des syndromes délirants prolongés.

Notre opinion se trouve encore confirmée par le parallélisme qui existe entre la rareté de l'alcoolisme chronique comme facteur de délire hallucinatoire chez la femme et la rareté des anomalies liquidiennes chez les femmes délirantes chroniques.

Chez ces dernières, en effet, si l'on élimine les cas qui font suite à une encéphalite psychosique aiguë ou subaiguë, il reste

(1) A. Courtois et A. Beley. — Modifications du liquide céphalo-rachidien dans un cas de délire hallucinatoire. *Soc. Méd.-Psych.*, 8 février 1934.

A. Courtois, P. Puech et A. Beley. — Syndrome hallucinatoire et anxieux..., modification du liquide céphalo-rachidien et atrophie cérébrale. *Soc. Méd.-Psych.*, 23 avril 1934.

©BIUM

surtout ceux qui débutent vers la cinquantaine souvent chez des fragiles mentales. On peut les tenir comme manifestant les atteintes d'une précoce sénilité cérébrale chez des prédisposées. En effet, ici comme pour tous les syndromes mentaux, il faut tenir compte à la fois de l'agent pathogène et du terrain sur lequel il se développe, terrain constitutionnel qui dépend pour une large part de la transmission héréditaire.

Enfin, dans tous ces cas, quels que soient les agents étiologiques en jeu, le syndrome délirant n'est que le prélude d'un affaiblissement intellectuel — signature obligatoire de toute lésion cérébrale diffuse assez profonde et d'évolution continue — qui deviendra plus ou moins rapidement manifeste.

L'autodidactisme en pathologie mentale, par M. E. MARTIMOR.

La fréquence de l'autodidactisme chez les psychopathes a déjà été soulignée par plusieurs auteurs, mais c'est surtout chez les débiles et les paranoïaques que ce travers mental a été signalé. N'existe-t-il pas dans d'autres syndromes morbides ? Il nous a paru intéressant de le rechercher.

Il n'est pas inutile tout d'abord de s'entendre sur la valeur exacte du terme. L'*autodidactisme* (ou autodidaxie) est défini par Littré : « action d'apprendre sans maître ». C'est là le sens primitif très général, uniquement déduit de l'étymologie et qui ne comporte aucune nuance péjorative. Mais, par la suite et surtout dans le langage des psychiatres, le mot a vu son acception se restreindre et désigne actuellement, sinon un symptôme morbide, tout au moins un travers mental incompatible avec un esprit bien équilibré. Dans ce sens restreint, le seul qui nous intéresse ici, *l'autodidactisme* serait une tendance à consacrer son activité à des études solitaires disparates et ne cadrant pas avec les moyens intellectuels du sujet.

C'est chez le *débile mental* que l'on observe les cas les plus typiques et les genèses les moins complexes. La déficience du sens critique empêche le sujet de se rendre compte de la difficulté de la tâche qu'il entreprend en se lançant sans préparation et nous guide dans des études qu'il est incapable d'assimiler.

Le débile autodidacte se rencontre à de nombreux exemplaires dans la vie courante. Le type en a été immortalisé par le roman de Flaubert, « Bouvard et Pécuchet », qui, malgré le grossissement de la fiction littéraire, a la valeur d'une observation médicale.

©BIUM

Moins connu, l'autodidactisme du *paranoïaque* a cependant été remarqué par les psychiatres. Génil-Perrin notamment en a donné une intéressante étude (1) où il s'attache à faire dériver la propension aux études solitaires des tendances paranoïaques. L'orgueil, la défiance font rejeter toute direction pédagogique. La fausseté du jugement entraîne l'erreur bovaryque sur la personnalité, génératrice de visées trop hautes ; l'inadaptabilité rend les études instables et dispersées.

On ne peut nier l'importance de ces divers facteurs dans la genèse des tendances autodidactes. Il semble cependant que, dans bien des cas, d'autres mécanismes psychologiques puissent être invoqués.

Il faut mentionner tout d'abord *l'anxiété*.

Chacun des éléments de cet état émotif complexe est susceptible d'intervenir dans la genèse de l'autodidactisme. L'instabilité de l'activité et de l'attention attire le sujet vers le travail éparpillé et sans maître, le doute obsédant l'oriente vers les certitudes fallacieuses de la science ; l'ennui, le dégoût de la vie réelle cherchent un exutoire dans les études abstraites. Enfin l'inquiétude diffuse, élément primordial de l'anxiété, peut se polariser dans certains motifs d'émotion pénible qu'apportent les données ou les hypothèses scientifiques. C'est ainsi par exemple que les espaces infinis explorés par l'astronomie éveillent une impression angoissante, que les ouvrages de vulgarisation médicale entretiennent les préoccupations hypocondriaques. Dans les études historiques, sociales, économiques, l'anxiété s'accroche aux visions de guerre, de révolution ou de ruine. La théologie, les sciences occultes apportent l'angoisse de l'au-delà. Enfin, pâture préférée de l'anxieux, la métaphysique l'inquiète à souhait avec ses points d'interrogation sur l'objectivité du monde extérieur, sur l'existence du libre arbitre.

De même que le maniaque euphorique cherche autour de lui des motifs de gaieté, le paranoïaque des motifs de défiance, de même l'anxieux cherche en dehors de lui un fait ou une idée où il puisse accrocher son anxiété. Il échappera ainsi à la contemplation douloureuse de soi et se sentira soulagé.

Une autre voie d'acheminement vers l'autodidactisme mérite d'être signalée. Nous voulons parler de certains *états schizoïdes* ou schizophréniques.

Plusieurs éléments constitutifs de ces syndromes peuvent intervenir dans la genèse des tendances autodidactes : le désin-

(1) *Les Paranoïaques*, Maloine, 1927, p. 312-328.

©BIUM

térêt du réel oriente parfois le sujet vers des spéculations abstraites, l'autisme le fait s'écarter de toute direction pédagogique, l'ambivalence le porte à éparpiller son activité studieuse. Toutefois, à considérer attentivement l'orientation et les modalités de l'autodidactisme des schizophrènes, on s'aperçoit qu'il dérive surtout d'un trouble fondamental du psychisme de ces malades : le *défaut de synthèse de la personnalité,* trouble lié lui-même à ce phénomène primordial que l'on peut placer à la base des états schizophréniques : l'affaiblissement des tendances instinctives.

Dans les états schizoïdes frustes, dans le début de la schizophrénie, ce défaut de synthèse de la personnalité est conscient et détermine un « sentiment pénible d'étrangeté intérieure » (Dide et Guiraud). Sous son empire le sujet s'examine avec une curiosité étonnée, parfois même avec une certaine anxiété. De même qu'on le voit scruter les moindres détails de son visage dans un miroir (1), de même, sur le plan psychique, on le voit manifester une tendance marquée à l'introspection. Tout lui semble étrange dans le spectacle de son activité mentale, qui lui paraît impersonnelle. Les éléments de ce spectacle sont disparates, discordants : il cherche à les coordonner, à les synthétiser, à les rattacher à lui-même. D'une telle tentative de compensation dérive tout d'abord une propension marquée aux études psychologiques, voire psychiatriques. Puis, toujours sous la poussée de ce sentiment d'étrangeté, d'autres domaines de la connaissance seront explorés : les sciences biologiques, par exemple, où sera cherchée l'explication des bizarreries éprouvées dans la cœnesthésie. Viendront ensuite d'autres disciplines scientifiques (mathématiques, grammaire, histoire) destinées à satisfaire un besoin de précision touchant les données fournies par le monde extérieur, les concepts inclus dans le langage, les notions diffusées dans le milieu social.

Chez le schizoïde, une aperception défectueuse, une intégration incomplète à la personnalité des données spatiales ou temporelles enlèvent aux images et aux notions leurs valeurs affectives. Ainsi se trouve singulièrement diminuée l'influence des facteurs intuitifs irrationnels, si importants dans l'orientation de la pensée. Pour compenser cette défaillance, le schizoïde hypertrophie son activité purement intellectuelle, supplée à l'instinct par la raison, à la synthèse par l'analyse, aux impressions par les preuves.

(1) P. Abély. — Le signe du miroir dans les psychoses et plus spécialement dans la démence précoce. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. 1930.

©BIUM

Cette attitude décrite par M. Minkowski (1) sous le nom de *rationalisme morbide* explique l'autodidactisme de certains schizoïdes qui cherchent dans des études philosophiques ou scientifiques un remède à l'imprécision de leurs représentations mentales.

L'influence des états anxieux et schizoïdes sur l'éclosion de l'autodidactisme n'avait pas encore été signalée. C'est pourquoi nous exposerons quelques observations personnelles où l'on pourra voir à l'œuvre ces deux facteurs morbides, soit séparément, soit combinés l'un à l'autre.

Obs. I. — Raymond C... est un jeune homme de 20 ans, robuste, de taille élevée (1 m. 84) mais sans signes d'acromégalie. Il a fait de bonnes études primaires. Timide et peu communicatif, il ne s'intéresse guère aux distractions des jeunes gens de son âge auxquelles il préfère la solitude ou le foyer familial. Dans son travail de comptable il montre un zèle et des scrupules excessifs. Vers l'âge de 18 ans, commence à se manifestr un sentiment d'infériorité avec anxiété intermittente. Il se sent au-dessous de sa tâche, incapable d'un effort soutenu : c'est sans doute, pense-t-il, en raison d'une constitution physique défectueuse. Il fait alors de la gymnastique respiratoire, des exercices sportifs méthodiques et solitaires. Il arrive ainsi à améliorer son développement physique, mais reste toujours timide, a l'impression d'être différent de ses camarades, ridicule même. Il s'isole alors de plus en plus de l'ambiance et éprouve bientôt une sorte de fringale d'intellectualisme qui le porte à dévorer des livres d'histoire, de littérature, de philosophie, de sociologie. Dans l'orientation de cette culture solitaire, il est guidé par deux tendances différentes qui se heurtent souvent en lui : la tendance à l'évasion du réel et une sorte de rationalisme qui lui fait suspecter les données du vulgaire bon sens, les notions couramment admises. C'est ainsi que, tout en se sentant attiré vers la poésie, il discute la légitimité des sentiments, se passionne pour les réformes sociales. Il ne peut entendre employer un mot sans en rechercher le sens exact, l'étymologie, voudrait connaître pour cela le latin, qui lui apparaît comme une terre promise parée de tout l'attrait de l'inconnu. L'ardeur autodidacte de Raymond C. a persisté pendant 2 ans environ, sans l'empêcher de continuer son travail, puis, coïncidant avec une recrudescence d'anxiété, est apparu un délire systématisé de persécution, avec syndrome d'automatisme mental, qui a nécessité son internement : deux couples se sont ligués contre lui pour le faire participer à leurs ébats amoureux et ainsi arriver à le rendre fou. Il lutte contre cette effraction de sa personnalité par le travail physique et aussi, dans tous ses moments de loisir, par son activité studieuse. C'est là, dit-il, sa meil-

(1) E. Minkowski. — *La Schizophrénie*, Payot, 1927, p. 104.

©BIUM

leure sauvegarde contre la dépression due aux influences extérieures dont il est victime.

Obs. II (1). — A l'origine de l'histoire psychopathique de Pierre M. se place un traumatisme crânien de guerre. Ce choc avait déterminé un syndrome confusionnel avec amnésie rétro-antérograde complète qui a laissé comme séquelle une légère obnubilation intellectuelle. On constate en outre un état anxieux s'accompagnant de sensations cœnesthésiques pénibles. Enfin, depuis deux ans environ, est apparu un délire interprétatif de persécution et de préjudice avec illusion de sosies.

La perception du monde extérieur est troublée par un sentiment d'étrangeté qui lui fait douter de l'identité des personnes qui l'entourent, de la réalité des événements.

Aussitôt que l'amélioration de sa confusion mentale post-traumatique le lui a permis, le malade s'est adonné à des études variées (littérature, philosophie, histoire, sociologie, sciences naturelles, médecine), réunissant dans ce but une bibliothèque de 800 volumes. Cette passion tardive pour la science peut surprendre chez un homme pourvu seulement d'une médiocre instruction primaire et n'ayant pas cherché à se cultiver dans sa jeunesse. Lorsque nous nous en étonnons devant lui, le malade attribue son ardeur studieuse au besoin de rééduquer son attention : « D'ailleurs, ajoute-t-il, ces livres m'intéressaient par eux-mêmes. Puis je voulais me *centrer*, me *réaliser*, devenir quelqu'un apte à réagir par lui-même, *vivre, être soi*, être comme tout le monde. Mes études, c'était comme un exercice mental pour me préparer à être moi-même..., une gymnastique intellectuelle. De plus, c'était un moyen d'échapper à la contemplation de moi-même ». Cette lutte contre l'introspection était souvent illusoire, car le malade se complaisait plus particulièrement dans les livres où il se retrouvait, dans les traités de psychiâtrie notamment ; mais le résultat n'en était pas moins heureux, car de se voir décrit par un autre avec une précision que lui-même avait douloureusement et vainement recherchée, il éprouvait un indéniable soulagement. Actuellement interné à la Maison de Santé de Ville-Evrard, il continue à s'instruire, mais son activité à ce point de vue est devenue un peu stéréotypée. Retiré dans sa chambre, il emploie des journées entières à noter sur des fiches des définitions de termes psychologiques recueillies dans un dictionnaire.

Obs. III. — Vers l'âge de 20 ans, Henri C. commence à manifester, en même temps qu'un certain désintérêt du réel, des tendances autodidactes qui n'ont fait que s'accentuer par la suite. Il achète des livres de vulgarisation scientifique, d'algèbre, de philosophie, des œuvres de sociologie à tendance extrémiste, des grammaires française, latine, grecque, et emploie tous ses loisirs à ces études disparates. Il est

(1) Observation due à l'obligeance de M. le Dr G. Petit, qui a bien voulu nous faciliter l'examen du malade dans son service.

©BIUM

préoccupé surtout du sens exact des mots, de leur étymologie, de la raison intime des choses, de leurs liens logiques. Ce rationalisme, d'abord peu extériorisé, finit par modifier le comportement du sujet qui devient végétarien, abstinent et chaste. On ne doit faire, pense-t-il, que ce dont la nécessité est rigoureusement démontrée. Les causes et les conséquences possibles des moindres phénomènes extérieurs sont constamment épluchées en même temps qu'une introspection minutieuse analyse pensées et sensations. Il en résulte un sentiment croissant d'étrangeté, de diffluence psychique, un besoin souvent exprimé de « *centralisation* », qui aggrave encore les tendances autodidactes. Apparaît ensuite un syndrome d'automatisme mental qui, vers l'âge de 27 ans, nécessite l'internement. Le malade devient alors indifférent, inerte et son activité autodidacte ne se manifeste plus que par un résidu stéréotypé : la lecture d'une grammaire française, qu'il porte constamment sur lui.

A la suite de ces quelques cas d'autodidactisme observés chez des psychopathes internés, il n'est pas inutile de citer celui d'un autodidacte célèbre : Jean-Jacques Rousseau. On sait que cet écrivain entreprit vers l'âge de 20 ans, avec un bagage scolaire presque nul, des études solitaires portant sur toutes les connaissances humaines. Entraîné par ses tendances indolentes à s'attarder en des situations de parasite, il compense son apragmatisme par l'acquisition des connaissances les plus disparates.

C'est ainsi que Rousseau étudie pêle-mêle, pourrait-on dire, la philosophie, la géométrie, l'algèbre, le latin, l'anatomie, la botanique, l'astronomie, la théologie, l'apiculture, emportant toujours avec lui des livres qu'il égare au pied d'un arbre ou dans un coin du pigeonnier. Il s'égare aussi lui-même dans ce travail sans méthode et, de son propre aveu, n'en retire d'autre profit que celui d'occuper une vie désœuvrée.

A côté de ce détachement du réel et des essais de compensation qu'il provoque, les tendances dépressives et anxieuses de Rousseau doivent également retenir l'attention. Ces tendances se sont surtout manifestées pendant son adolescence entre 18 et 25 ans : or c'est dans cette période que Jean-Jacques Rousseau montre le plus d'ardeur à s'instruire. Et d'étroites corrélations apparaissent chez lui entre l'anxiété et la propension aux études solitaires. Il l'a noté lui-même dans ses « Confessions » : la crainte d'une mort prochaine le pousse à se hâter dans l'absorption de connaissances disparates, l'angoisse de l'au-delà l'entraîne vers la théologie janséniste, le souci de ses infirmités l'oriente vers des études médicales, sources d'inquiétudes nouvelles.

Vers l'âge de 30 ans, l'état affectif de Rousseau se modifie.

©BIUM

Moins anxieux, moins isolé du monde, il devient aussi plus cohérent dans son comportement et commence à acquérir une personnalité littéraire. Apparaissent alors, par contre, cette méfiance et cette fausseté de jugement qui, par la suite, iront se précisant et s'amplifiant. Il est intéressant de constater que cette transformation coïncide avec une disparition presque complète de l'activité autodidacte.

En décrivant l'autodidactisme dans les syndromes mentaux où il se rencontre le plus fréquemment, nous avons recherché les divers mécanismes qui déterminent son éclosion. On a vu que, suivant le terrain où elle se développe, la tendance aux études solitaires semble procéder de genèses différentes : faiblesse du jugement chez le débile, orgueil chez le paranoïaque, polarisation de l'inquiétude chez l'anxieux, déficience de l'intuition chez le schizoïde — ces divers processus pouvant d'ailleurs se succéder et se mêler les uns aux autres chez le même sujet.

Après ce travail d'analyse, il serait intéressant de tenter un essai de synthèse, de rechercher la source commune des tendances autodidactes chez les divers psychopathes. Faut-il incriminer un sentiment d'infériorité, une baisse de la tension psychologique, un défaut de synthèse de la personnalité ? Autant de questions auxquelles nous ne pouvons répondre pour le moment, ne disposant pas encore d'un matériel clinique suffisamment riche. Le but de cette étude rapide a été surtout d'ordre pratique. Nous avons essayé de délimiter l'autodidactisme morbide, d'en souligner le caractère encyclopédique et présomptueux, plus anormal à notre époque, où les progrès de la science entraînent pour chaque branche des connaissances humaines la nécessité d'une longue initiation, où les exigences de la lutte pour la vie détournent l'individu de l'activité contemplative.

La recherche des tendances autodidactes a une certaine utilité pratique. On constate en effet que leur apparition précède souvent d'assez loin celle de symptômes morbides plus caractérisés appartenant au tableau classique de la paranoïa ou de la schizophrénie. Le dépistage de l'autodidactisme permet donc un diagnostic et un traitement précoces et peut dans certains cas frustes soumis à une expertise psychiatrique fournir un argument d'un certain poids.

La séance est levée à 18 heures 30.

Le Secrétaire des Séances,
P. ABÉLY.

©BIUM

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 2 Mai 1935

Présidence : M. André BARBE, président

Tumeur bulbo-médullaire latente, par MM. L. Babonneix et Cl. Vincent.

MM. L. Babonneix et Cl. Vincent rapportent l'observation d'un jeune homme chez lequel, pendant longtemps, existèrent seuls des troubles nerveux localisés aux membres supérieurs : parésies, atrophies, fourmillements. Ce n'est que peu avant la mort qu'apparurent les phénomènes bulbaires. A l'autopsie, gliome à petites cellules, occupant le centre du bulbe, se propageant vers la partie supérieure de la moelle cervicale, entièrement désorganisée et qui, grâce à ses tendances infiltrantes, avait envahi les régions voisines, les méninges, la protubérance même.

Un cas de syndrome de Korsakoff d'origine gravidique,
par MM. J.-A. Chavany et F. Thiébaut.

Il s'agit d'une femme de 32 ans, non entachée d'éthylisme personnel, qui a fait une grossesse très mal supportée avec vomissements incoercibles. Devant la gravité de l'état général, l'avortement thérapeutique est pratiqué au 3e mois. Dans les jours qui suivent l'intervention, apparition d'un état d'agitation considérable rappelant le délirium. Changement de tableau au bout de trois semaines, entrée en scène d'un état de confusion mentale dans lequel prédomine une énorme amnésie de fixation avec fausses recon-

©BIUM

naissances et fabulation de compensation. Simultanément, vient s'y surajouter un syndrome polynévritique excessivement pénible. Présence de troubles sphinctériens (d'origine psychique), qui entraînent une escarre fessière dont mourra la malade deux mois après.

Tout en insistant sur la non-efficacité de l'avortement thérapeutique dans ce cas, les auteurs signalent le rôle possible d'une infection exogène surajoutée se développant sur un terrain nerveux stigmatisé héréditairement (alcoolisme du père, états obsessifs chez deux frères).

Faux signe de Babinski par hyperactivité réflexe des extenseurs des orteils chez un vestibulaire, par MM. J.-A. BARRÉ et C. d'ANDRADE.

Un traumatisé cranien nous est adresssé avec le diagnostic de troubles pyramidaux bilatéraux « double Babinski ». Le redressement réflexe des petits orteils seuls ou de tous est en effet provoqué par l'excitation de la plante au bord externe ou sur la zone moyenne ; le grattage du bord externe du dos du pied n'a aucun effet. Ce simple fait sépare le réflexe observé du vrai signe de Babinski. L'étude du sujet montre par ailleurs des troubles vestibulaires post-traumatiques, caractérisés par une rétropulsion constante contre laquelle il lutte automatiquement depuis deux ans par la suractivité de tous ses muscles du plan antérieur et spécialement de ses extenseurs des orteils. Les auteurs rappellent un cas de Bard où la suractivité professionnelle des extenseurs avait provoqué le même type de faux signe de Babinski, très utile à connaître.

Le signe de la Dysharmonie vestibulaire. Description et valeur clinique, par M. J.-A. BARRÉ.

Il y a dysharmonie vestibulaire quand dans l'ensemble des déviations réactionnelles d'origine vestibulaire, l'une quelconque se fait en sens contraire des autres, que ce soit le nystagmus, la déviation des bras tendus ou celle du corps. Il s'agit d'un signe spontané, mis en évidence en dehors des épreuves instrumentales et que celles-ci font d'ailleurs souvent disparaître. Il ne s'agit pas d'un syndrome vestibulaire partiel ou incomplet.

En 1925, ce signe fut décrit par l'auteur, qui s'appuyait sur 7 cas ; il en possède maintenant 17, où l'association à un élément vestibulaire d'une altération cérébelleuse, a été vérifiée anatomiquement. La dysharmonie vestibulaire signifie donc pour lui que l'appareil cérébelleux est intéressé : les troubles cérébelleux classiques (de Babinski, d'André-Thomas) co-existent le plus souvent, mais ils peuvent être légers, douteux ou même absents : le signe de la dysharmonie vestibuaire est alors le seul signe cérébelleux. C'était le cas dans 3 des 17 observations de l'auteur, suivies de vérification.

Guérison d'un cas de paraplégie flasque post-vaccinothéraphique chez un malade atteint de la maladie de Nicolas Favre, par MM. MARINESCO et GRIGORESCO.

MM. G. Marinesco et D. Grigoresco rapportent l'observation d'un sujet atteint de la maladie de Nicolas Favre, chez lequel après le traitement par du vaccin Jonesco-Mihaesti est apparue une paraplégie flasque complète avec abolition des réflexes, troubles de la sensibilité et sphinctériens. Ces

©BIUM

troubles ont disparu à la suite d'un traitement anti-infectieux par de l'urotropine et salycilate de soude. Les auteurs, en se basant sur la réaction Frey fortement positive, sur l'évolution de l'affection, pensent qu'il s'agirait dans leur cas d'une manifestation radiculo-médullaire au cours de la maladie de Nicolas-Favre, qui n'est pas toujours une maladie locale, mais elle peut attaquer même le système nerveux.

Syndrome infundibulo-tubérien d'origine traumatique (Polyurie, insomnie, impuissance sexuelle, perturbations psychiques), par MM. L. LHERMITTE et ALBESSAR.

A la suite d'un violent traumatisme céphalique, un homme de 31 ans, bien portant, présente une série de troubles végétatifs spécifiés par une augmentation de la diurèse, qui atteint 5 litres 1/2 par 24 heures, une diminution de la libido avec impuissance, une insomnie tenace et particulièrement rebelle aux somnifères, enfin une asthénie avec diminution des modifications de la sphère psychique.

Bien que la radiographie décèle une petite ombre dans le fond de la selle turcique, en rapport probablement avec un foyer cicatriciel hémorragique, les auteurs rattachent les manifestations observées à une atteinte du mésodiencéphale, pour la double raison que l'expérimentation a démontré l'origine diencéphalique de la polyurie et que les symptômes dont celle-ci s'entoure dénoncent explicitement l'altération hypothalamique.

Enfin, ce fait montre une discordance singulière entre l'importance de la polyurie et la discrétion de la soif, discordance dont les auteurs ont montré la possibilité inverse dans les lésions de même siège.

Syndrome hémialgique fruste par ramollissement pariétal, par MM. J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA.

A côté du syndrome hémialgique d'origine thalamique, il faut placer le syndrome algique lié aux lésions pariétales. Dans le cas présent, le malade présentait une légère hémiparésie gauche et éprouvait des sensations pénibles de froid, de fourmillements dans la moitié gauche du corps, surtout dans le bras. La piqûre, les températures extrêmes étaient douloureusement perçues. L'examen anatomique sur coupes sériées montre un ramollissement cortico-sous-cortical du lobe pariétal par oblitération de l'artère pariétale postérieure et l'intégrité de la couche optique.

Un cas de nævus variqueux ostéohypertrophique (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os), par MM. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL.

Présentation d'un malade âgé de 25 ans et atteint d'un nævus vasculaire congénital, de coloration rouge violet, recouvrant la presque totalité du membre inférieur gauche. Le malade présente, d'autre part, des varices développées précocement dès l'âge de 5 à 6 ans et limitées au membre inférieur gauche. Il y a, d'autre part, hypertrophie du squelette avec accroissement disproportionné du membre inférieur gauche, plus important dans le segment distal que proximal, dès l'âge de 3 ans.

Il convient de rattacher l'hypertrophie osseuse aux troubles circulatoires conditionnés par le nævus vasculaire congénital et les dilatations variqueuses

©BIUM

secondaires. Outre le ralentissement de la circulation veineuse, il existe un ralentissement de la circulation artérielle, auquel doit surtout être rattachée l'hypertrophie osseuse.

Un cas d'anévrysme circoïde de la main avec ostéoporose (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os), par MM. Th. ALAJOUANINE, R. THUREL et Th. HORNET.

Volumineux anévrysme circoïde de la main droite, qui s'est développé peu à peu à partir de l'âge de 9 ans, retentissant sur les vaisseaux afférents et efférents, considérablement dilatés, allongés et sinueux. L'intérêt de cet anévrysme réside surtout dans son retentissement sur le squelette, où siège une ostéoporose intense avec déformation des articulations des doigts et fracture spontanée de la première phalange du médius.

Les îlots paramalpighiens de l'hypophyse humaine. Leur histogénèse et leur intérêt, par MM. ROUSSY et MOSINGER.

D'après leur aspect et leur structure histologique, les îlots malpighiens peuvent présenter 6 types distincts : 1) type indifférencié ; 2) type basocellulaire et trabéculé ; 3) type de transition avec anastomoses entre les travées ; 4) type para-spino-cellulaire ; 5) type spino-cellulaire vrai ; 6) type paradamantin. Les îlots paramalpighiens peuvent présenter des modifications structurales secondaires, qui résultent, les unes d'altérations dégénératives, les autres de prolifération néoplasique. L'auteur donne ensuite des considérations sur le nombre d'îlots chez un même sujet, la fréquence de leur apparition sur les hypophyses étudiées, et selon l'âge, enfin la variabilité de leur siège. Au point de vue histogénétique, la désignation : tumeurs paramalpighiennes est préférable à celle de « craniopharyngiomes ».

Syndrome de la calotte pédonculaire et tabes fruste (Lésions combinées de la syphilis des petits vaisseaux et de tissu gommeux), par M. URECHIA (Cluj. Roumanie).

Malade présentant au point de vue clinique des névralgies sciatiques, un diabète, une néphrose, hypertension et myocardite, tabès, avec hémi-anesthésie totale droite et légère diminution de la force motrice. L'autopsie révèle des lésions tabétiques arrêtées par le traitement, une petite gomme syphilitique dans la substance blanche du lobe cérébelleux droit, un très petit ramollissement dans la calotte pédonculaire, limité au 1/3 externe du ruban de Reil et une endartérite des petits vaisseaux de Nissl et Alzheimer.

Pseudo-angiomes calcifiés du cerveau. Angiome de la face et calcifications corticales du cerveau (Maladie de Knud, Krabbe), par MM. MONIZ et LIMA.

Observation anatomo-clinique d'un cas de maladie de Knud-Krabbe : malformation généralisée de l'organisme avec formation d'angiomes de la face, calcifications corticales, crises épileptiques. Les films angiographiques mettent en évidence les calcifications corticales du lobe occipital, qu'il ne faut surtout pas confondre avec des vaisseaux dilatés.

©BIUM

Contribution à l'étude physiologique des clonus du pied,
par MM. A. ROUQUIER et R. GRANDPIERRE.

Travail destiné à compléter les recherches de Babinski, Guillain et Barré sur les clonus du pied. Il existe un clonus d'origine extra-pyramidale, que l'on observe surtout dans les formes monoplégiques de la maladie de Parkinson, et qu'il convient de distinguer des clonus d'origine pyramidale et des faux-clonus qui s'observent chez des sujets à réflexes tendineux vifs, mais physiologiques.

Les auteurs présentent quelques tracés myographiques des contractions isolées des muscles jumeaux, soléaires et jambiers antérieurs chez un hémiplégique et un parkinsonien post-encéphalitique.

Marcel MONNIER.

Séance du 6 Juin 1935

Présidence : M. BARBÉ, président

Quelques documents nouveaux sur les réactions après l'épreuve rotatoire,
par MM. BARRÉ, KABAKER et CHARBONNEL.

Les auteurs apportent quelques observations nouvelles sur l'épreuve de Delmas-Marsalet, notamment au cours de la flexion de la tête en avant.

Embolie gazeuse consécutive à une insufflation pleurale, ramollissement cérébral étendu, par MM. P. AMEUILLE, J. LHERMITTE et KUDELSKI.

Cette observation anatomo-clinique a trait à une femme de 34 ans qui, au cours d'une insufflation discrète, est atteinte de crises convulsives suivies de coma et d'hémiplégie gauche. La température s'élève d'emblée à 40°, des escarres apparaissent, qui précèdent la mort au 3e jour.

L'étude du cerveau sur coupes sériées montre l'existence d'un ramollissement hémorragique très important de l'hémisphère droit. Le territoire ramolli ne correspond pas à l'aire d'irrigation d'une artère cérébrale, mais comprend des régions dont la vascularisation dépend en partie de la sylvienne et en partie de la cérébrale antérieure.

Si l'hémiplégie et les convulsions qui sont déclenchées parfois par l'insufflation pleurale sont bien sous la dépendance d'une embolie aérienne et non pas liées à un soi-disant réflexe pleural, il faut reconnaître que l'embolie gazeuse agit différemment de l'embolie solide et que dans la pathogénie du ramollissement cérébral secondaire interviennent des perturbations vaso-motrices considérables.

©BIUM

Discussion. — M. Cl. VINCENT : Le coma et l'hémiplégie peuvent être la conséquence d'un trouble vasculaire réflexe. C'est ce qu'on observe au cours de certaines opérations (trijumeau), chez des sujets âgés, lorsque une douleur intense détermine une chute considérable de la pression sanguine.

M. ANDRÉ-THOMAS cite à l'appui de la remarque de Cl. Vincent un cas de crise épileptique déclenchée au cours d'une opération par un lavage douloureux de la plèvre.

M. BAUDOUIN cite également un cas de crises épileptiformes suivies de coma prolongé à la suite d'une injection pratiquée dans un foyer de sclérose pulmonaire.

M. LHERMITTE fait remarquer que toute chute de pression (même à la suite d'une saignée par exemple), peut en effet déterminer des altérations graves du cerveau. Toutefois, dans le cas présenté, il s'agit d'un sujet jeune et il faut admettre que l'altération est due à des troubles vasculaires réflexes consécutifs, non à la douleur pleurale, mais à l'introduction d'air en émulsion dans les vaisseaux cérébraux.

Myélencéphalite subaiguë avec lésions olivaires cavitaires, par MM. LESNE, LHERMITTE, C. LAUNAY et LOISEL.

Chez un enfant de 8 ans se développe un syndrome complexe avec crises convulsives, respiration périodique, albuminurie, glycosurie, hyperglycémie et hyperazotémie avec terminaison mortelle au 4e jour. Le liquide céphalo-rachidien contenait plus de 1 gramme d'albumine sans leucocytes.

L'étude histologique décela l'existence de lésions bulbaires très curieuses et caractérisées par une infiltration névroglique diffuse et étendue à une grande partie du bulbe, une dégénérescence des olives avec formation de cavités telles qu'on les observe à la suite des thromboses vasculaires. L'importance de la gliose astrocytaire est telle qu'on peut affirmer que le processus était de date relativement ancienne et l'infiltration périvasculaire indique que ce processus était encore en évolution quand est survenue la terminaison fatale.

Cette observation est un nouvel exemple de la tolérance du bulbe pour les lésions à développement progressif qui confère au diagnostic tant de précarité.

Epilepsie syphilitique, par MM. L. BABONNEIX et D. LICHTENBERG.

Présentation d'un sujet de 48 ans, atteint, depuis quinze ans, d'épilepsie, qu'on peut rattacher à la spécificité, comme le prouve l'existence, chez lui, d'une leucoplasie jugale manifeste, et chez sa femme d'une aortite avec réactions sérologiques propres à la syphilis.

Discussion. — M. BAUDOUIN signale la nécessité, en pareils cas, d'un diagnostic étiologique précis en vue du pronostic et de la thérapie. S'il s'agit d'une malformation congénitale tératologique, la radiothérapie est contre-indiquée, et, selon M. Béclère, même nuisible chez l'enfant en voie de croissance. S'il s'agit, au contraire, d'une affection acquise, la radiothérapie serait indiquée.

M. CHAVANY souligne la gravité du pronostic avec exemple cité d'un cas analogue.

©BIUM

Réaction pupillaire tonique à la convergence et immobilité à la lumière au cours d'une paralysie unilatérale de la IIIe paire, associée à une double atteinte trigemellaire. Excentration marquée et de topographie variable de la pupille au repos, par MM. Raymond GARCIN et Marcel KIPFER.

Ces auteurs présentent un malade chez qui une néoplasie basilaire probable réalise une atteinte bilatérale irritative et paralytique du trijumeau et une paralysie dissociée de la troisième paire droite. De ce côté, la pupille en mydriase est rigoureusement immobile à la lumière, même après obscuration préalable d'une heure en chambre noire. La réaction à la convergence se fait avec une extrême lenteur lorsque cesse la convergence, un délai de deux à cinq minutes étant nécessaire avant que la pupille retrouve son diamètre antérieur. Pareille constatation de pupille tonique à la convergence exclusivement, au cours d'une paralysie dissociée progressive de la troisième paire constitue une fait intéressant et rare à verser au dossier clinique de la pupille tonique, dont la pathologie nous échappe encore complètement. En outre, les auteurs ont observé un phénomène pupillaire non signalé jusqu'ici à leur connaissance, à savoir l'excentration marquée de la pupille au repos, excentration dont la topographie varie selon les jours, voire même d'une heure à l'autre, et qui disparaît dans la contraction à la convergence. Les auteurs rappelant les effets physiologiques de l'excitation des nerfs ciliaires longs, sont amenés à penser que l'excitation de ceux-ci par la néoplasie basilaire en évolution explique vraisemblablement cette excentration de la pupille.

Hémiplégie spasmodique de l'adulte avec atrophie musculaire tardive considérable. Contribution à l'étude pathogénique des atrophies musculaires de l'hémiplégie cérébrale de l'adulte, par MM. Raymond GARCIN, M. DEPARIS et HADJI DIMO.

Présentation d'un homme de 38 ans qui, 18 mois après une hémorragie cérébro-méningée avec hémiplégie consécutive, présenta une atrophie musculaire progressive du côté paralysé. Actuellement les différences sont de 6 cm. au bras et de 5 cm. à la cuisse. Il existe également une hémiatrophie des téguments de la face. Le malade présente une syndrome sensitif très probablement cortical et des crises épileptiques, celles-ci en rétrocession depuis une intervention récente sur la région rolandique droite. Rappelant l'importance de l'atrophie dans les hémiplégies cérébrales infantiles, sa rareté et sa discrétion habituelle dans les hémiplégies de l'âge adulte, les auteurs exposent les données du problème pathogénique déjà très ancien que soulèvent les atrophies musculaires d'origine centrale. Dans certaines d'entre elles, le rôle des arthropathies peut être invoqué mais dans la majorité des cas le problème est tout autre. Rappelant les opinions de Charcot, Brissaud, Babinski, Achard et Joffroy, Marinesco, d'une part, d'autre part la fréquence des amyotrophies dans les lésions du lobe pariétal et de la couche optique, ainsi que le rôle pathogénique attribué aux troubles sensitifs et aux troubles vaso-moteurs, les auteurs, après confrontation des divers documents, pensent qu'une explication d'ensemble n'est encore valable que pour les faits où l'intégrité des réactions électriques qualitatives permet de récuser l'hypothèse d'une lésion secondaire de la corne antérieure de la moelle par dégénérescence tardive du faisceau pyramidal. Par analogie avec ce qui

©BIUM

se voit dans l'hémiplégie cérébrale infantile, où l'absence de développement est la règle, les auteurs sont amenés à penser que la personnalité de l'individu, selon l'opinion d'André-Thomas, intervient dans le déterminisme de l'atrophie de certaines hémiplégies de l'adulte. La régulation trophique du muscle par la corne antérieure a besoin du concours du neurone central chez l'enfant. Il en est de même chez certains adultes. Ceux-ci feront une atrophie en cas de lésion cérébrale alors que pour la majorité des autres, chez qui la corne antérieure de la moelle a pris, au cours du développement, plus d'indépendance, l'atrophie marquée ne s'observe pas. Pareille hypothèse avait d'ailleurs été invoquée par Steiner. Quant au mécanisme physio-pathologique de l'atrophie musculaire, il reste encore obscur malgré les importants travaux de Ken-Kuré et les expériences de Meyer.

Hypertrophie musculaire d'origine centrale, extrapyramidale,

par M. V. PITHA.

Hypertrophie musculaire du bras chez un malade atteint d'une lésion pédonculaire droite. Il se range parmi les cas des hypertrophies musculaires du groupe extrapyramidal, comme ceux de l'hypertrophie musculaire de l'athétose double, de l'athétose symptomatique, dans quelques cas de spasme de torsion, de torticolis spasmodique, etc. C'est la fonction motrice et tonique extrapyramidale qui représente (d'après l'auteur) le facteur pathogénique de ces hypertrophies musculaires d'origine centrale.

Un cas d'aphasie motrice traumatique chez un enfant en bas âge,

par MM. André-THOMAS et SOREL.

Un garçonnet renversé par une auto est frappé de traumatisme cranien (commotion). L'examen très habilement mené révèle l'existence d'une aphasie motrice d'origine corticale préfrontale probable. Pas de troubles de l'intelligence, pas de surdité vertale, ni de paraphasie. Langage interne conservé. A part une légère déviation de la langue, une asymétrie faciale et augmentation des réflexes d'un côté, pas de troubles moteurs. Pronostic favorable.

Un nouveau cas de schwanome du trijumeau rétrogasserien. Ablation. Guérison,

par MM. ALAJOUANINE, THUREL et GUILLAUME.

Ces auteurs présentent la malade six mois après l'intervention. Ils insistent sur la nécessité de préciser le siège de la tumeur, car lorsque celle-ci se développe aux dépens de la racine du trijumeau, il faut l'aborder par voie cérébelleuse, comme une tumeur de l'angle ponto-cérébelleux ; la voie temporale doit être réservée aux tumeurs du ganglion de Gasser.

Les auteurs soulignent quelques particularités cliniques : l'atteinte du trijumeau est indolore, ne donnant lieu qu'à une simple sensation d'engourdissement, qui traduit le symptôme subjectif de l'anesthésie ; l'atteinte du nerf vestibulaire droit est discrète et se manifeste par un nystagmus rotatatoire horaire.

Discussion. — M. Cl. VINCENT se fait confirmer l'existence d'une hypoacousie et hypoexcitation labyrinthique dans le cas présenté.

©BIUM

Un nouveau cas de paralysie consécutive à une injection de sérum antitétanique, par MM. J. LHERMITTE et CLIQUET.

Si la réalité des paralysies post-sérothérapiques n'est plus discutée, on est moins d'accord sur la fréquence des autres manifestations sériques à l'origine de cette complication : urticaire, œdèmes, arthralgies, réactions méningées. L'auteur présente un malade chez qui les phénomènes sériques ont été très considérables et généralisés ; et cependant la paralysie est très limitée puisqu'elle n'atteint que le trapèze, les sus et sous-épineux du côté droit. Comme dans les observations antérieures, la sensibilité et les fonctions végétatives ne sont point atteintes. La curabilité de ces paralysies semble s'opposer à l'idée d'une altération spinale primitive analogue à celle qui apparaît à la suite des chocs anaphylactiques.

Un cas d'ostéome de la base du crâne avec pneumo-encéphalocèle, par M. Cl. VINCENT.

C'est dans le périoste fibreux de l'ostéome, à l'endroit de suture entre le sphénoïde et l'aile sphénoïdale, que se développe l'encéphatocèle, sous la poussée de l'air qui traverse le sinus nasal. Lorsque le malade se mouche ou inspire fortement, il éprouve une céphalée violente avec sensation de glou-glou.

Deux cas d'hémorragie intra-ventriculaire guéris par traitement chirurgical (état de mal épileptique, hémiplégie, coma), par MM. P. PUECH, Mlle RAPPOPORT et M. BRUN.

Présentation de deux malades atteintes d'hémorragie intra-ventriculaire et opérées par l'un d'eux, d'urgence, alors qu'elles étaient dans le coma et que la mort paraissait imminente. Ainsi le traitement chirurgical de certaines hémorragies intracraniennes traitées jusqu'à présent conservativement, et de certains états de mal épileptiques, pourrait être repris, et parfois avec succès.

Un cas d'hémangione pariétal, par M. Cl. VINCENT.

L'auteur présente le deuxième cas connu d'hémangione à localisation pariétale. Selon Cushing, ces tumeurs frappent le plus souvent le cervelet et le 4e ventricule. Elles se caractérisent par une pseudo-adiadococinésie, une hypertension intra-cranienne en disproportion avec le volume de la tumeur, dont le siège est paramédian. La symptomatologie fait penser à une tumeur de la fosse postérieure.

Sur un cas d'épilepsie avec hypercalcémie, par M. COSSA (de Nice).

Comitialité survenue chez un homme de trente ans, et coïncidant avec une ostéo-cranienne et une hypercacémie notable (0,172 0/00). Disparition des crises avec la guérison de l'hypercalcémie. Possibilité d'envisager le défaut de fixation du calcium tissulaire comme facteur de comitialité.

©BIUM

Discussion. — M. Baudoin objecte que les conclusions de l'auteur sont en contradiction avec les faits admis, que l'épilepsie s'accompagne d'alcalose sanguine et que le dosage des ions calciques, qui seul importe, ne peut être encore fait de façon sûre.

A propos des paralysies post-diphtériques. Localisations exceptionnelles sur les nerfs moteurs des globes oculaires et sur le nerf optique, par MM. J.-A. Chavany et F. Thiébaut.

Les auteurs rapportent l'histoire d'un enfant de 14 ans qui, dix jours après une angine non traitée, fut atteint d'une paralysie du voile et cinq jours plus tard d'un ptosis des paupières ; ces paralysies persistent depuis quinze mois. Huit mois après l'angine, apparition, après quelques jours de céphalée avec état nauséeux, d'une paralysie de la sixième paire droite et d'une névrite rétrobulbaire qui aboutirent à la guérison complète en l'espace de quelques semaines.

MM. Chavany et Thiébaut discutent l'étiologie et la pathogénie de ces divers états paralytiques ; ils font rentrer ceux qui se sont installés précocement dans le cadre des paralysies diphtériques et estiment par contre que les paralysies qui se sont produites tardivement doivent en être distinguées; à leur sujet, on ne peut admettre que des hypothèses ; celle d'une arachnoïdite infectieuse secondaire leur semble la plus vraisemblable.

Un cas de syringomyélie infantile,
par MM. A. Baudouin, J. Sallet et M. Deparis.

MM. Baudouin, J. Sallet et M. Deparis rapportent l'observation d'un enfant de 6 ans 1/2 présentant des troubles de sensibilité du membre inférieur droit, une abolition des réflexes rotulien et crémastérien droits. Ces troubles ont été découverts fortuitement, l'enfant s'étant fait une large brûlure à la cuisse et n'en éprouvant aucune douleur. La radiographie montre un spina bifida de la cinquième vertèbre lombaire et une scoliose lombaire à convexité gauche.

Il s'agit vraisemblablement d'une syringomyélie lombaire et l'intérêt de ce cas résulte de la rareté de telles observations et de la difficulté de faire un pronostic éloigné.

Syndrome d'adiposité du tronc et de la tête (à type d'adénome basophile hypophysaire de Cushing) avec métastases néoplasiques pulmonaires et rachidiennes, par MM. Henri Roger, Joseph Alliez et André Jouve (de Marseille).

Chez un homme jeune, atteint d'abord d'augmentation de volume de la face avec coloration rosée, apparaissent une obésité thoracoabdominale (avec ventre de femme enceinte et vergetures de la racine des membres), puis de l'asthénie, de la polyurie passagère et de la glycosurie, des algies lombaires, enfin un double syndrome cérébral et une parésie crurale. L'association d'une hypertension artérielle et d'une ostéoporose généralisée (avec selle turcique normale) permet de porter le diagnostic de syndrome de Cushing.

L'existence de métastases pulmonaires et rachidiennes, révélées par la

©BIUM

radiographie, pose un problème pathogénique délicat : origine de ces métastases peut-être aux dépens d'un adénome basophile de l'hypophyse, plus vraisemblablement d'une tumeur de la surrénale, réaction de l'hypophyse secondaire à l'hypernéphrome, et en corrélation possible avec une métastase pituitaire.

Le système réticulaire du névraxe et des rapports avec les centres végétatifs supérieurs, par MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER.

MM. G. Roussy et M. Mosinger étudient, dans cette note, l'ensemble des formations réticulaires du diencéphale et du mésencéphale, dans lesquelles ils proposent de distinguer des « noyaux réticulaires diffus » et des « noyaux réticulaires différenciés » représentés par la plupart des formation motrices extra-pyramidales.

Les connexions de la substance réticulaire montrent qu'elle représente un vaste système de coordination ou d'association, dont les fibres afférentes proviennent de toutes les formations sensitives et sensorielles centrales. Au niveau du diencéphale, les fibres afférentes sont de nature olfactive, optique, thalamique, corticale. Les fibres afférentes vont essentiellement à des formations motrices effectrices. Mais au cours de l'évolution phylogénique se sont développées, au sein de la substance réticulaire, primitivement associative, des noyaux de commande en vertu d'un principe évolutif général qui régit ces formations associatives.

Les auteurs insistent enfin sur les rapports qui existent entre le système réticulaire et le système neuro-végétatif central et qui sont représentés par de nombreuses fibres inter-réticulo-végétatives, notamment au niveau du diencéphale et du mésencéphale. De plus, il y a interpénétration au niveau des mêmes segments du névraxe, entre les formations réticulaires et les formations neuro-végétatives. Il existe, par ailleurs, une parenté histologique entre certains éléments neuro-végétatifs et la substance réticulaire, formation sensorio-motrice et sensorio-végétative, à tendance évolutive effectrice.

Structure normale et pathologique des centres végétatifs bulbaire (Noyaux viscéro-moteurs de la IX^e^ et X^e^ paire), par M. LARUELLE.

Démonstration de coupes histologiques de la région bulbaire. L'auteur étudie particulièrement les altérations du noyau dorsal du bulbe et relève le fait qu'on les rencontre : 1) au cours des myélopathies avec troubles végétatifs respiratoires, vasculaires, oculaires ; 2) au cours de lésions viscérales, telles que l'ulcère chronique de l'estomac. Le noyau dorsal du bulbe préside donc à certaines fonctions végétatives.

Méningiome olfactif extirpé en totalité en un seul temps (Guérison. — Aspect atypique des ventriculogrammes), par MM. M. DAVID, G. RENARD, P. FONT REAULX.

Les auteurs présentent un malade qu'ils ont opéré il y a 10 mois d'une tumeur bilatérale insérée dans les deux gouttières olfactives. La tumeur a été enlevée en totalité en un seul temps, La guérison est actuellement complète.

©BIUM

Les cas de méningiomes olfactifs enlevés en totalité en un seul temps sont encore exceptionnels en France. David, Renard et Font-Réaulx insistent aussi sur l'aspect atypique des ventriculogrammes dans cette observation. Ils n'ont pas retrouvé l'amputation symétrique des deux cornes frontales habituellement observée en pareil cas. Ils ont constaté seulement l'absence d'injection des ventricules avec insufflation simultanée et paradoxale des espaces sous-arachnoïdiens succédant à l'introduction d'air par une aiguille intra-ventriculaire. Ce phénomène n'avait été décrit jusqu'ici que dans les pseudo-tumeurs (gros cerveaux encéphalitiques).

Volumineux méningiome olfactif enlevé en totalité en deux temps (frontal droit puis frontal gauche. Absence de troubles psychiques postopératoire malgré la résection des deux pôles frontaux. Guérison), par MM. M. David, D. Mahoudeau, C. Eliades.

Les auteurs montrent que si l'ablation d'un méningiome olfactif est parfois possible en un seul temps, il n'en est pas toujours ainsi. Le neuro-chirurgien s'attaque, d'ordinaire, en pareil cas, à une tumeur volumineuse, très vasculaire, située profondément sous les lobes frontaux, qu'il faut inciser pour l'atteindre. C'est de plus une tumeur bilatérale amarrée aux deux gouttières olfactives et à la partie adjacente des deux fosses cérébrales antérieures. Les auteurs se sont donc demandé s'il n'y avait pas intérêt en pareil cas à pratiquer une ablation en deux temps : ablation de la partie droite du méningiome par un volet frontal droit, puis plusieurs semaines après, ablation de la partie gauche par un volet frontal gauche, le pôle frontal correspondant étant réséqué lors de chaque opération. La malade qu'ils présentent a été opérée de la sorte avec un excellent résultat fonctionnel. Il n'existe, en particulier, aucun trouble psychique, malgré la résection des deux pôles frontaux.

Les auteurs discutent à ce sujet des inconvénients et des avantages d'une telle méthode.

Marcel Monnier.

©BIUM

Société Belge de Neurologie
et Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance commune du 25 Mai 1935 consacrée à l'étude de la maladie de Pick

Présidence : M. ALEXANDER, président

I. — Partie clinique

Introduction générale à l'étude de la maladie de Pick. Symptomatologie,
par M. Jacques Ley.

Cet exposé d'introduction comporte un bref résumé de l'histoire de la maladie de Pick et de l'état actuel de la question envisagé au point de vue des problèmes étiologiques et pathogéniques qu'elle soulève.

Si le processus atrophique n'est pas aussi étroitement systématisé que certaines observations ont pu le faire croire, il semble bien cependant qu'un facteur hérédo-dégénératif intervienne dans sa pathogénie.

Des observations récentes confirment que l'affection peut présenter un caractère familial, et doit être considérée comme un processus dégénératif, abiotrophique.

Il existe actuellement dans la littérature 44 observations de maladie de Pick accompagnées d'un examen anatomo-pathologique complet. L'auteur montre comment elles se répartissent au point de vue de leurs caractères cliniques et anatomiques.

La symptomatologie de l'affection est ensuite décrite, au point de vue de son évolution, de ses types cliniques et du diagnostic différentiel.

Maladie de Pick et maladie d'Alzheimer. Présentation de malades,
par MM. H. Baonville, J. Ley et J. Titeca.

1) Présentation d'une femme de 53 ans dont l'affection a débuté il y a 3 ans par un état dépressif accompagné de troubles progressifs de la mémoire dont la malade se rend compte. Elle a fait au début plusieurs tentatives de suicide, et on note dans ses antécédents un premier accès dépressif à 35 ans.

Depuis dix-huit mois environ, les troubles de la mémoire se sont consi-

©BIUM

dérablement aggravés. C'est principalement la mémoire de fixation qui est atteinte ; l'orientation est défectueuse. Le calcul, même par écrit, est devenu impossible ; elle se trompe dans la disposition des chiffres. Elle commet également des erreurs dans les actes professionnels. Il n'existe pas de troubles véritablement aphasiques, mais la malade ne trouve pas toujours le mot propre au cours de la conversation ; il existe des troubles paragraphiques même dans l'écriture de son propre nom. Elle présente aussi de gros troubles de l'attention et de l'initiative.

Les auteurs pensent que ce tableau clinique doit être attribué à une atrophie de Pick.

2) La seconde malade est âgée de 68 ans et présente le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer : début il y a 6 ans par des erreurs dans ses comptes, dans sa toilette et dans les actes professionnels, de la désorientation dans l'espace ; chez elle, au moment d'aller se coucher, elle ne retrouvait plus sa chambre ; dans la salle, elle ne reconnaît pas son lit. Elle présente de nombreux mouvements itératifs et stéréotypés, une activité sans but. Il existe une certaine hypertonie prédominant à droite. La malade a fait quelques crises épileptiformes.

Maladie de Pick, par M. G. VERMEYLEN.

Relation du cas d'une femme de 60 ans, dont l'affection a débuté il y a 2 ans environ, par des troubles progressifs de la mémoire avec perte complète de l'intérêt et de l'initiative, inconscience de l'état morbide. L'intérêt du cas réside dans l'existence de troubles apraxiques très particuliers associés à un syndrome d'aphasie amnésique avec symptômes d'ordre sensoriel : agnosie et asymbolie, agraphie et alexie. On observe une grande variabilité dans les réponses d'un moment à l'autre. La malade est restée très sensible à la musique et chante juste. Son comportement est fait d'indifférence et d'apathie, avec cependant périodes d'irritabilité et d'agitation.

Une ventriculographie a démontré un certain degré d'hydrocéphalie interne.

Le reste de l'examen somatique a été négatif.

II. — PARTIE ANATOMIQUE

Anatomie pathologique de la maladie de Pick, par M. P. DIVRY.

Exposé général au cours duquel l'auteur démontre par de nombreux clichés les principaux types de lésions macroscopiques et microscopiques de la maladie de Pick.

Atrophie de Pick. Etude anatomo-pathologique,
par MM. P. DIVRY, J. TITECA et G. VERMEYLEN.

Il s'agit de l'examen anatomo-pathologique du cas d'un homme de 44 ans, qui a été présenté à la Société de Médecine Mentale en 1934, sous le titre : « Démence progressive chez un sujet jeune » (*Journ. belge de Neurol.*, 34, p. 391) et qui se caractérisait cliniquement par des bizarreries du comportement, une diminution globale et profonde des facultés intellectuelles, de la dromomanie avec impulsions et stéréotypies motrices et verbales. L'affec-

©BIUM

tion avait débuté à 41 ans. Le syndrome aphasique faisait défaut. Il existait cependant de l'agrammatisme et des troubles du langage écrit.

Il s'agissait d'une atrophie de Pick à prédominance frontale avec extension du processus vers la région pariétale et la pointe du lobe temporal. L'insula, les ganglions opto-striés et surtout le noyau caudé participent au processus.

Les caractères histo-pathologiques du cas peuvent se résumer comme suit: dégénérescence et fonte cellulaires diffuses dans le cortex atrophié et dans la corne d'Ammon ; les couches superficielles apparaissent comme plus atteintes que les couches profondes, mais sans systématisation nette. Absence complète de cellules ballonnées et d'inclusions argentaffines dans ces territoires. Infiltration lipo-pigmentaire diffuse étendue à tout le cortex, aux ganglions de la base et au tronc encéphalique. Dégénérescence accentuée du noyau caudé, dont la tête est réduite à l'état d'une cicatrice névroglique.

Les auteurs discutent les rapports possibles entre cette dernière lésion et l'hyperactivité motrice itérative que présentait le malade.

Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante,

par MM. P. Divry, J. Ley et J. Titeca.

Il s'agit d'une femme de 66 ans. Le début de l'affection remonte à 8 ans et fut caractérisé par des troubles graves de l'orientation dans l'espace, un affaiblissement de la mémoire, des erreurs dans les actes simples de la vie quotidienne. Le syndrome aphasique dont l'apparition fut tardive, était caractérisé par la réduction du vocabulaire et des troubles gnosiques, surtout dans le langage écrit.

La malade présentait une agitation motrice continuelle avec nombreux mouvements itératifs. L'examen anatomo-pathologique peut être résumé comme suit :

1° *Macroscopiquement :* atrophie du type fronto (pariéto)-temporal, rappelant l'aspect fréquent dans l'atrophie de Pick. Hydrocéphalie notable. Dégénérescence athéromateuse de l'appareil vasculaire.

2° *Histologiquement :* plaques séniles et dégénérescence d'Alzheimer étendues à tout le cortex, mais le plus accusées dans les formations ammoniques et le noyau amygdalien.

3° Plaques séniles dans les ganglions opto-striés ; plaques et lésions d'Alzheimer dans la région hypothalamique.

4° Dégénérescence lipo-pigmentaire diffuse s'étendant au tronc encéphalique, dont l'intensité est en raison inverse, dans les divers territoires, de la richesse de ceux-ci en figures d'Alzheimer.

Certains auteurs ont invoqué dans des cas analogues, la notion d'atrophie de Pick en raison du caractère relativement circonscrit des lésions. Il paraît plus logique de dire, étant donné le tableau histopathologique typique qui l'apparente au sénium, que la maladie d'Alzheimer peut comporter une atrophie de type plus ou moins lobaire.

Au point de vue pathogénique, la maladie d'Alzheimer apparaît de plus en plus comme un processus dégénératif, abiotrophique, comme la maladie de Pick. De même que dans cette dernière des cas familiaux ont été relatés. Mais jusqu'ici, c'est toujours une énigme de savoir pourquoi dans ces deux formes de démence présénile, le tableau anatomo-pathologique se réalise d'une façon aussi différente, au moins dans les cas typiques.

©BIUM

Un cas de maladie de Pick avec lésions prédominantes dans les noyaux gris de la base du cerveau. Etude clinique et anatomo-pathologique, par M. A. DEWULF.

Il s'agit d'un sujet sans antécédents alcooliques chez lequel la maladie a débuté à l'âge de 35 ans et a évolué en quatre années et demi. Affection caractérisée par des symptômes de déficit : diminution globale et rapide des facultés intellectuelles, perte de l'activité et de l'affectivité. Pas d'idées délirantes, aucun symptôme de schizophrénie. Pas de troubles de la vie instinctive. Mort de cachexie.

A aucun moment des troubles neurologiques ne furent observés.

A l'autopsie : atrophie modérée des lobes préfrontaux, surtout à droite. Atrophie plus discrète des pôles temporaux. Disparitions complète du noyau caudé de chaque côté : il n'en reste plus qu'une cicatrice névroglique. Atrophie de la partie antéro-interne du putamen de chaque côté. Lésions profondes dans le globus pallidus, surtout à droite et dans les couches optiques. Destruction cellulaire dans le locus niger de chaque côté. Aucune lésion vasculaire.

Les lésions des noyaux de la base paraissent plus anciennes que celles du cortex et il semble qu'on doive admettre que le processus atrophique a débuté à ce niveau.

*
**

A l'issue de cette séance, la Société belge de Neurologie s'est réunie sous la présidence de M. P. Enderlé, vice-président, pour entendre la communication suivante :

A propos de 4 cas de Tumeur Cérébrale à évolution rapide,
par M. A. DE HAENE.

L'auteur relate 4 cas de tumeur cérébrale à début parfois brutal et à évolution rapide. Un cas est particulièrement démonstratif à ce point de vue : la famille n'ayant jamais rien remarqué d'anormal au malade, considérait en effet la chute qui avait marqué le début de l'évolution, comme la cause des manifestations morbides ultérieures et non comme l'effet d'une cause pathologique préexistante.

Histologiquement, il s'agit dans les 4 cas de spongioblastome multiforme ou glioblastome polymorphe. Dans l'un des cas relatés on trouve, aux environs des noyaux tumoraux, une réaction gliale passant d'un type avant tout spongioblastique, à un type astroblastique, pour faire place plus loin encore à une zone purement astrocytaire. L'auteur se demande si l'on ne peut rapprocher ces constatations de celles de Globus, qui a pu étudier la nature de plusieurs tumeurs lors d'opérations successives pour récidive locale. La première fois, il s'agissait presque toujours d'un astrocytome, la dernière fois d'un spongioblastome.

J. LEY.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

ASSISTANCE

La construction et l'aménagement de l'Hôpital psychiatrique et des Asiles d'aliénés, par les Drs Julien Raynier et Jean Lauzier. 1 vol. in-8°, 278 pages, nombreuses fig., édité par l'Association Amicale des Médecins des établissements publics d'aliénés (Edition de l'Aliéniste français, Peyronnet et Cie, Paris, 1935).

Poursuivant avec méthode son œuvre remarquable sur l'Assistance aux psychopathes, *M. l'Inspecteur général Raynier,* avec la collaboration du très distingué médecin-chef de l'Asile de Clermont-de-l'Oise, le *Dr Jean Lauzier,* nous donne aujourd'hui les directives d'ensemble à imposer comme règles ou à admettre comme guide pour l'élaboration de plans d'établissements destinés à l'assistance et au traitement des psychopathes des diverses catégories (services ouverts, services de malades internés, pensionnats, services d'enfants anormaux et Instituts médico-pédagogiques, asiles de sûreté, etc.).

Comme ses précédents ouvrages, dont il a été rendu compte dans les *Annales Médico-Psychologiques,* le livre de M. l'Inspecteur général Raynier est une innovation, répond à un besoin, comble une lacune. Et l'on ne saurait exprimer trop vivement la reconnaissance due à M. Raynier pour la mise au point de tant de questions délicates ou nouvelles, dont, avant lui, on ne savait bien souvent où chercher la solution.

Les prescriptions de ce nouveau livre ont été adoptées par un Conseil présidé par *M. l'Inspecteur général Armand Imbert,* chef du Service central de l'Inspection générale au Ministère de l'Intérieur, Conseil comprenant, avec *M. Haye, Directeur-Adjoint* au Ministère de la Santé publique, *M. l'Inspecteur général D. Santenoise, M. Michaut,* Sous-Directeur à la Préfecture de la Seine, *M. Georges Jacquet, architecte* D.P.L.G., et de nombreux directeurs et médecins-chefs des Asiles publics d'aliénés.

Elles sont l'aboutissant des travaux antérieurs de M. J. Raynier, en particulier de son *Rapport de 1923 de l'Inspection générale* sur l'*Assistance aux aliénés* et du traité, aujourd'hui classique, des *Drs Raynier et Beaudouin* sur l'*Aliéné et les Asiles d'Aliénés.*

En effet, si la disposition générale des locaux peut varier en raison de la configuration du terrain, de l'importance particulière de l'Etablissement, ou de sa destination spéciale, MM. Raynier et Lauzier font observer que, cepen-

©BIUM

dant, des principes essentiels doivent être observés dans la construction des bâtiments comme dans l'aménagement des Services de malades et des Services généraux.

Dans cet ouvrage très complet, malgré sa concision voulue, on trouvera toutes ces règles logiquement classées et clairement énoncées, qu'il s'agisse des dispositions générales applicables à l'ensemble des constructions et services d'asiles, des dispositions particulières applicables aux établissements d'aliénés, des indications spéciales à chaque quartier de classement, des services ou asiles spéciaux (aliénés difficiles, aliénés dits « criminels », aliénés tuberculeux, services universitaires, colonies familiales, asiles d'alcooliques), des services d'administration, des services généraux, des services des morts, des logements du personnel, de l'exploitation agricole et horticole, de l'établissement des plans et dossiers d'un nouvel Asile.

Les auteurs insistent avec raison sur la nécessité d'une étroite collaboration, toute construction d'asile, tout équipement de service nécessitant la collaboration constante de médecins, d'administrateurs et d'architectes, les uns et les autres de compétence spéciale. Cette collaboration étroite est aussi indispensable à la mise au point et à la réalisation des projets qu'à la bonne marche ultérieure de l'Etablissement.

Une documentation unique, inédite, complète cet effort si fécond. Plus de 100 pages sont consacrées à la reproduction en noir et en couleur de photographies et de plans extraits de l'importante collection de M. Raynier. Ces 100 pages sont le reflet de l'immense effort, trop souvent méconnu, accompli en France pendant ces dernières années pour la construction, la reconstruction ou la rénovation des établissements d'assistance destinés aux psychopathes. Des asiles, victimes de la guerre, tels que ceux d'Armentières, Bailleul, Prémontré, ont été reconstruits, en dépit des difficultés économiques, et font honneur à ceux qui les ont conçus et réalisés. Le département de la Seine a complété son beau service d'aliénés difficiles (section Henri Colin), et construit des pavillons métalliques modernes, en tôle d'acier, dans lesquels le lit revient à 18.000 francs. Les Asiles de Dury-lès-Amiens, de Saint-Ylie, de Maréville ont été rénovés, modernisés. Bien d'autres réalisations figurent ici, parmi lesquelles les plans originaux, très intéressants et très variés, avant-projets d'Asiles privés, conçus par *M. Georges Jacquet*, et dont plusieurs verront sans doute bientôt leur réalisation.

Ce livre n'est donc pas seulement le guide indispensable à tous ceux qui s'intéressent à l'Assistance des psychopathes ; c'est aussi un témoignage. Il rend évident à tous l'immense effort accompli par l'Administration, qu'il s'agisse de l'Administration Centrale, ou de nombreuses Administrations préfectorales telle que celle du département de la Seine, pour adapter aux nécessités de la thérapeutique moderne des établissements dont l'ancienneté tenait à ce qu'ils furent autrefois des précurseurs et souvent des modèles dont on s'inspira ailleurs. Aujourd'hui, les conceptions ont évolué, les nécessités ont changé, mais il existe en France, dans les Asiles de la Seine, à Fleury-les-Aubrais, à Bailleul, etc., des pavillons modernes dont la visite instructive est à recommander et où l'on trouvera la marque de l'action personnelle de M. l'Inspecteur général Raynier.

En éditant avec tant de soin le beau traité de *MM. Raynier* et *Lauzier*, en l'illustrant si généreusement, l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France a prouvé une fois de plus son désintéressement, son souci de l'intérêt général et l'ambition de chacun de

©BIUM

ses membres de consacrer tous ses efforts à l'amélioration continue du bien-être et du traitement des malades qui lui sont confiés. Elle en sera récompensée par le succès qui s'est affirmé d'emblée d'un livre absolument indispensable à tous les psychiatres, à tous les administrateurs d'établissements hospitaliers. Il paraît désormais impossible d'entreprendre, sans l'avoir consulté, la construction d'un pavillon psychiatrique.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

L'illusion de sosie, forme particulière de la méconnaissance systématique, par le Dr M. DEROMBIES, interne des asiles de la Seine. *Thèse Paris* 1935, 116 pages. Imprimerie A. Coueslant, Cahors.

Caractérisée par ce fait qu'un malade placé à plusieurs reprises devant un même individu, généralement un parent très proche, perçoit chaque fois la ressemblance parfaite entre les diverses apparitions de cette unique personne, mais affirme néanmoins, qu'il n'y a pas identité et conclut à l'existence d'un ou plusieurs sosies, cette illusion est minutieusement décrite par Mlle D... dans son intéressante monographie : de nombreuses observations, et notamment plusieurs observations personnelles, lui permettent d'en préciser les aspects un peu variables, l'évolution et la pathogénie. Sorte d'agnosie d'identification ou plutôt négation systématique liée à un sentiment d'étrangeté, à une dépersonnalisation transitoire ou définitive, ce trouble mental s'observe quelquefois dans différentes psychoses, plus particulièrement dans les Délires mélancoliques, les Délires systématisés, les Délires oniriques, la Psychasthénie ; on l'a trouvé au début d'une Paralysie générale. Il s'associe souvent à d'autres méconnaissances systématiques : répudiation de souvenirs, impression de jamais vu, pseudo-amnésies, négation de la mort. Il paraît très différent de la fausse reconnaissance qui peut, elle aussi, faire admettre l'existence de sosies, non par la négation de l'identité, mais, au contraire, par l'affirmation d'une ressemblance étroite entre des personnes rencontrées ou supposées ou par la croyance interprétative à un sosie de soi-même. En réalité, les deux phénomènes coexistent parfois chez le même sujet et dérivent peut-être du même processus organique ; toutes ces illusions pourraient résulter d'une « dysjonction » entre les couches corticales extérieures (reconnaissance et idéation) et les inférieures (perception), théorie ingénieuse mais sur laquelle mieux vaut ne pas trop insister encore. A bon droit, par contre, l'auteur signale que l'illusion de sosie n'est guère compatible avec une démence profonde, car elle comporte un certain degré de rationalisme : tentative de conciliation entre deux contradictions simultanées, la reconnaissance d'une part, la méconnaissance d'autre part. Cette logique affective se manifeste dans les vérifications qui succèdent à l'illusion et qui diffèrent suivant qu'il s'agit d'un mélancolique ou d'un paraphrénique. Le mélancolique, plus ou moins perplexe, cherche la certitude, pose des questions embarrassantes au prétendu sosie, examine certains signes qu'il croit connus de lui seul, s'étonne d'y trouver la preuve de son erreur, mais, dominé par son inquiétude, ne réussit pas à détruire son illusion ou n'y réussit qu'à la disparition de l'anxiété. Le paraphrénique, au contraire, ne doute pas, son attention exacerbée s'emploie à découvrir et à grossir d'infimes détails,

©BIUM

de menues différences de traits, qui confirment les données de son sentiment d'étrangeté. Ce curieux petit syndrome, par l'ensemble de ses caractères, peut donc avoir une valeur séméiologique appréciable. Je félicite Mlle D... de l'avoir si bien compris et si bien exposé.

J. CAPGRAS.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Les méthodes de pathographie historique et biographique, par Aug. LEY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1934).

Dans ce rapport, présenté en 1932 au Congrès international de Psychologie de Copenhague, l'auteur attire l'attention sur la nécessité d'appliquer aux travaux de pathologie historique rédigés par des médecins, les méthodes de critique historique enseignées et appliquées par les historiens. La critique historique fait l'objet d'une méthodologie spéciale que doivent suivre les historiens pour apprécier la valeur et la sincérité de leurs sources documentaires. Trop de travaux médicaux, sur des problèmes de pathologie historique ne s'inspirent pas de ces méthodes rigoureuses de critique des textes et des témoignages, et sont ainsi édifiés sur des bases fragiles et incertaines. Le médecin qui se livre à des recherches de ce genre, doit donc s'inspirer de ces méthodes ou s'assurer la collaboration d'un historien versé dans la critique des textes et des témoignages. Nous sommes moins d'accord avec l'auteur sur les tendances biologiques avec lesquelles il croit qu'on pourrait étudier scientifiquement des hommes illustres contemporains ou des personnalités disparues.

SENGÈS.

Les symptômes neurovégétatifs dans les maladies du système nerveux central, par G. BICKEL (de Genève). *Archives Suiss s de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, XXXIV, 1, 1934.

C'est le texte d'un rapport présenté à la réunion de la Société Suisse de Neurologie, du 20 mars 1933. Il est impossible d'en faire un résumé bref. Dans un exposé méthodique, l'auteur passe en revue toutes les acquisitions récentes dans ce domaine ; troubles de la régulation thermique, du métabolisme hydrique, hydrocarboné, graisseux, albuminique, de l'équilibre acidobasique, les troubles trophiques locaux, les troubles viscéraux, respiratoires, cardiovasculaires, digestifs, les perturbations endocriniennes, les modifications sanguines, les troubles de la sécrétion et de la résorption du liquide céphalo-rachidien. Une documentation personnelle importante — dont l'auteur s'est excusé au début de son rapport — ajoute à la valeur de ce travail intéressant qui donne une juste idée de l'importance de la symptomatologie neurovégétative dans la Clinique des affections des centres nerveux.

E. BAUER.

©BIUM

Les nœuds du problème des névroses, par V.-A. GUILIAROWSKY (*Sovietskaia nevropatologuia psychiatria i psychoguiguiena*, T. III, fasc. 2-3, 1934).

L'auteur estime que, dans les névroses, la personnalité du malade se modifie surtout au point de vue de ses relations sociales avec son milieu. Les névroses peuvent être envisagées comme des conflits pathologiques de la personnalité dans la vie de relations avec l'entourage, elles peuvent être accompagnées de troubles somatiques. Ces conflits résultent des facteurs psychiques et non organiques et présentent une tendance manifeste à la transformation et à la compensation. Ils deviennent définitifs et peuvent être considérés comme pathologiques lorsqu'ils trouvent dans la personnalité des malades un terrain particulièrement favorable sous forme d'instabilité psychique ou d'insuffisance organique générale. Le complexe d'épuisement psychique peut devenir pathologique si la personnalité du malade est insuffisante. Les névroses diffèrent des psychoses somatiques ou végétatives par l'absence de la participation de la personnalité. Leur structure psychique est plus complexe. L'altération des relations sociales est conditionnée par les particularités de l'orientation générale de la personnalité du malade, résultat de la prédisposition congénitale.

FRIBOURG-BLANC.

Comment concevoir actuellement l'organique et le fonctionnel en neuro-psychiatrie, par Jacque VIÉ. *Hygiène Mentale*, mars 1934, pages 46 à 92.

Question toujours opportune à laquelle il faut s'attendre à voir donner périodiquement des réponses qui ne sauraient d'ailleurs de longtemps être définitives et qui n'en sont pas moins utiles, surtout lorsqu'elles émanent d'esprits aussi distingués que celui de Jacques Vié.

C'est d'abord une définition de l'organique et du fonctionnel pour bien s'entendre. « L'organique est une attaque des organes ; les lésions organi-« ques sont celles qui se manifestent par des altérations dans la struc-« ture des organes. » « Le fonctionnel est une maladie supposée ne por-« ter que sur des phénomènes dynamiques et que dans l'état actuel on ne « peut rattacher à l'état anatomique d'un organe lésé. » C'est Littré qui s'exprime ainsi. On ne saurait assez louer sa prudence, justifiée par ce fait que des maladies longtemps supposées « dynamiques » sont aujourd'hui rattachées à des états anatomiques lésionnels.

On lira avec intérêt un historique qui ne remonte pas plus loin que le début du siècle dernier. On y verra signaler une véritable explosion d'organicisme préparée par Broussais et exploitée par Georget, Bayle, Dubuisson, Calmeil, Esquirol, plus tard et très éloquemment par Moreau de Tours. Le malheur fut que la Neurologie et la Psychiatrie divorcèrent et il arriva que tout ce qui était organique dans les maladies du système nerveux, y compris la paralysie générale, fut revendiqué par les neurologues cependant que la folie restait aux psychiatres, en quelque sorte, comme du fonctionnel irréductible. C'est pourquoi la Psychiatrie a somme toute peu bénéficié de la méthode anatomo-clinique, si féconde entre les mains des neurologues français, sous l'impulsion de Charcot et de ses disciples. A vrai dire, depuis l'avènement de la méthode anatomo-clinique, il y eut d'un côté les maladies organiques, de l'autre les névroses, dont le cadre allait chaque jour en se rétrécissant, si bien que la clinique s'exerça surtout et s'exerce

©BIUM

à vérifier si un symptôme nerveux relève du lésionnel, ou bien de l'hystérique ou bien encore de l'hystéro-organique. Dans tout cela, le trouble psychique était un peu négligé, comme s'il était de minime importance dans le cerveau de l'homme.

Mais passons, pour arriver à l'époque contemporaine où le problème de l'organicité s'est étendu par la force des choses, aussi bien au domaine de la psychiatrie, qu'à celui de la neurologie. Cela sans aucun doute, parce que la neuro-psychiatrie s'est trouvée en face de questions nouvelles telles que celles de l'encéphalite épidémique, des psychoses tardives, des reliquats méningo-encéphalitiques post-malariathérapiques sous forme de délires systématisés..., etc. Les syndromes anatomo-cliniques se sont parallèlement enrichis. Le professeur Claude, Baruk, se sont attelés à la question des rapports entre les signes psychiques de l'organicité.

Il faut lire attentivement le chapitre sur « l'Organique et le fonctionnel en Psychiatrie » pour se rendre compte que la question n'est pas simple. On doit l'envisager sous toutes ses formes, sans parti-pris, sans crainte de remettre en cause les doctrines apparemment les mieux établies, tenir compte de la tolérance « psychique » du cerveau vis-à-vis de lésions parfois considérables et aussi probablement, c'est bien notre avis, de cette situation que le cerveau est composé de deux hémisphères, collaborant ensemble solidairement au jeu des opérations intellectuelles.

Le travail très important de Jacques Vié sera lu avec intérêt et profit. Il est instructif et plein de réflexions judicieuses.

Roger ANGLADE.

Les affections nerveuses et mentales à l'Armée belge. Tableaux statistiques des années 1932 et 1933, par A. BODART (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1934).

Ce travail répond à la question suivante : la débilité mentale est-elle fréquente parmi la population militaire ? Quel est le pourcentage des diverses affections mentales et nerveuses rencontrées ? Les conclusions sont les suivantes : l'affection la plus fréquemment rencontrée est la débilité mentale profonde (11 0/0 des hospitalisés), puis vient l'épilepsie (10 0/0 des hospitalisés), le déséquilibre mental (8 0/0). Si on totalise les cas, on trouve 307 cas en moyenne sur un effectif et 50.000 recrues ou engagés, soit 6 0/0 environ pour les affections mentales, et 37 cas d'affections neurologiques soit 0,7 0/00, avec la réserve cependant qu'un certain nombre d'affections nerveuses sont retenues dans les hôpitaux régionaux et n'ont pas été comprises dans les statistiques de l'auteur.

SENGÈS.

Troubles psychogéniques de la vision, par Wilhelm STEKEL. *La Semaine des Hôpitaux de Paris,* n° 2, pp. 44-55, 31 janvier 1934.

Les impressions visuelles sont fixées et évoquées avec une partialité constante, commandée par notre état affectif. Les états pathologiques confirment cette observation de psychologie courante. M. Stekel rapporte quelques faits probants : le scotome de la migraine, l'épilepsie émotionnelle avec amaurose initiale, la relativité du daltonisme. Dans les crises névropathiques, nous voyons la cécité provoquée bien souvent par le refoulement ou le sym-

©BIUM

bolisme. D'autre part, le phobique est attiré par l'objet de sa crainte et le voit avant quiconque. Cette influence prépondérante de nos émotions sur notre vision du monde extérieur doit être retenue par le psychothérapeute, d'abord pour guider son analyse, ensuite pour suggérer au patient la force d'accepter la vérité.

P. CARRETTE.

La localisation du centre du goût (Die Lokalisation des Geschmackszentrums), par Henry MARCUS. *Acta psychiatrica et Neurologica*, IX, fasc. 1-2 1934, Copenhague.

De nombreux physiologistes, parmi lesquels on compte Henschen et Bechterew, ont combattu la théorie de la localisation au niveau de l'hippocampe, du centre du goût. Par contre, von Economo a admis l'existence d'un centre gustatif dans le voisinage du subiculum, en se basant sur des arguments d'ordre cyto-architectural. L'observation communiquée par l'auteur vient à l'appui de l'opinion de von Economo. Un sujet, blessé par balle, est atteint de crises d'épilepsie traumatique avec aura caractérisée par des hallucinations gustatives. A l'autopsie, on trouve une lésion circonscrite de la partie moyenne de l'hippocampe, au contact immédiat de la région présubiculaire, décrite par von Economo comme centre gustatif. L'aura hallucinatoire s'explique donc comme un signe d'irritation de ce centre par la lésion traumatique. L'uncus et la corne d'Ammon sont intactes, ces régions font partie de l'appareil olfactif central.

E. BAUER.

L'areflexie tendineuse congénitale, sa signification théorique et pratique Über angeborene Schnenareflexie, ihre theoretische und praktische Bedeutung), par G. BICKEL. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 1, 1934.

L'auteur a constaté l'absence des réflexes rotuliens, achilléens et tricipitaux sans autre manifestation clinique quelconque, chez un sujet de 17 ans, candidat à un emploi aux chemins de fer. Il a fait des réserves sur l'aptitude du candidat, et celui-ci a été refusé. 8 ans après, le même sujet présente des signes de polyradiculite et d'encéphalomyélite à évolution très lente. Il avoue alors son hérédité très chargée : tabès du grand-père maternel, épilepsie du grand-père paternel, tuberculose de la mère, qui est morte d'accidents méningés 6 semaines après la naissance du malade. L'auteur pense qu'à la base de toutes les aréflexies congénitales dites idiopathiques, il y a un état pathologique et que l'expert doit être extrêmement prudent dans l'appréciation de tels cas.

E. BAUER.

Psychonévroses de l'enfance : leur étiologie et leur traitement (Psychoneuroses of Childhood : their Etiology and Treatment), par Melitta SCHMIDEBERG. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XIII, n° 4, pp. 313-327, 20 décembre 1933.

Les psychonévroses de l'enfance éclairent sur les troubles mentaux de l'adulte. La psychanalyse suit l'évolution des états d'inadaptation sociale

©BIUM

et trouve le lien qui unit les psychonévroses des parents et les troubles de l'enfant souvent élémentaires. L'un des plus communs est l'anxiété. Elle s'accompagne d'angoisse, de cauchemars, d'inhibition. L'ambiance défavorable contribue également à malformer le caractère, accroître le déficit mental, entretenir les idées délirantes, mélancoliques ou de persécution. Chaque observation rapportée par l'auteur est l'histoire d'un enfant, handicapé par une ambiance familiale pathologique, analysé et observé, puis placé dans de meilleures conditions de développement physique et mental.

P. CARRETTE.

Les encéphalites de l'Enfance, par M. COFFIN. *Archives hospitalières*, nº 1, pp. 51-60, janvier 1934.

La cause des nombreuses encéphalites observées actuellement chez l'enfant est mystérieuse. Un virus neurotrope paraît être à l'origine d'un syndrome diffus. Parfois l'organisme est au préalable débilité par une infection comme la rougeole ou la pneumonie, ou l'encéphalite survient primitivement, associée ou non à la myélite et à la méningite. Ni la névraxite de von Economo, ni la maladie de Heine-Medin, ni les affections méningées connues, ne paraissent liées à ces encéphalites, dont le pronostic est sombre et le traitement souvent inefficace.

P. CARRETTE.

Un cas de syndrome de Stewart-Morel en 1786, par Marcel MOREAU (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1934).

Il s'agit d'un essai de diagnostic rétrospectif à propos d'un criminel célèbre qui commit, au XVIIIe siècle, à Vervier, un quadruple assassinat. Analysant un opuscule anonyme sur la vie et les crimes de Jacques Piertot, prêtre et marguillier de la paroisse de Vervier, les auteurs ont été frappés, à la lecture de cet opuscule, par des détails relevés à l'autopsie du criminel. Ils se demandent si on ne se trouve pas en présence d'un cas de syndrome de Stewart-Morel, c'est-à-dire d'un cas d'hyperostose frontale interne avec adipose et troubles cérébraux. Discussion du diagnostic et hypothèse qu'on peut formuler sur ce cas.

SENGÈS.

L'influence prédisposante de l'émotion sur les crises épileptiques (The Influence of Emotion in Precipitating Convulsions), par Frank FREMONT-SMITH. *89e Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, nº 4, pp. 717-723, janvier 1934.

Le choc intervient fréquemment comme cause immédiate de la crise épileptique ou de ses équivalents, à titre de stimulant du sympathique. On ne sait si cette excitation aboutit à une vaso-constriction cérébrale ou régit un autre mécanisme. Quand l'émotion favorisante est déclanchée par des évocations fortement chargées affectivement et tendant à reproduire les mêmes troubles, la psychothérapie peut être employée avec succès.

P. CARRETTE.

©BIUM

L'influence de la tuberculose pulmonaire chronique intercurrente sur le seuil convulsif dans l'épilepsie (The Effect of Intercurrent Chronic Pulmonary Tuberculosis on the Convulsion Threshold in Epilepsy), par I.-J. KARLSBERG. *89e Meeting Annuel de l'American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 4, pp. 799-816, janvier 1934.

Des observations sont faites dans une centaine de cas d'épilepsie convulsives chez des sujets atteints de tuberculose évolutive. Dans la majorité des cas l'apparition des lésions pulmonaires coïncide avec une diminution notable du nombre des crises, en particulier dans les accès bacillaires aigus avec perte de poids, augmentation du métabolisme basal. Les affections cancéreuses, le diabète qui s'accompagnent normalement d'hyperglycémie prédisposent à la tuberculose. D'autres facteurs biologiques comme l'élévation de la calcémie, l'abaissement de la chlorurémie, les tendances à l'acidose opposent la tuberculose pulmonaire à l'épilepsie qui, elle, s'accompagne de variations sanguines en sens inverse.

P. CARRETTE.

« **Hystéro-épilepsie** » (« Hystero-Epilepsy »), par C. WORSTER-DROUGHT. *The British Journal of Medical Psychology*. T. XIV, n° 1, pp. 50-82, 10 mars 1934.

La réalité de l'hystéro-épilepsie paraît établie pour l'auteur qui admet la possibilité chez un même sujet de phénomènes convulsifs comitiaux et de crises pithiatiques. Dans la pratique hospitalière, l'habitude de confier les malades atteints de psychonévroses à l'examen du neurologue et à celui du psychiatre est généralement d'un grand secours, non seulement du point de vue clinique, mais encore et surtout pour des motifs d'ordre thérapeutique. M. Worster-Drought relate des faits démonstratifs d'association hystéro-épileptique, pour lesquels la guérison a été obtenue par association d'une psychothérapie persévérante aux sédatifs classiques. L'organisation d'un tel ensemble thérapeutique présente un avantage certain, pour l'épileptique en particulier, malade dont l'état mental est presque constamment pathologique.

P. CARRETTE.

Histoire d'une algie rebelle, par DIVRY et EVRARD. (*Journal Belge de neurologie et de Psychiatrie*, juin 1934).

Observation d'un cas d'algie dans le domaine du cubital évoluant depuis 13 ans chez une malade âgée de 57 ans, présentant des signes de syphilis nerveuse et viscérale, au point de vue clinique et humoral. La malade a suivi un traitement insuffisant en 1927. L'algie a une topographie radiculaire (C^8, D^1) et s'accompagne de phénomènes atrophiques légers ainsi que de phénomènes vaso-moteurs au niveau de l'avant-bras et de la main. Tous les traitements ont échoué (pyrothérapie par le dmelcos, sympathectomie périartérielle, résection d'un fragment du cubital). Les auteurs discutent longuement le diagnostic (névrite, radiculite, funiculite, tabes fruste, etc.). Ils éliminent au point de vue thérapeutique la radicotomie posté-

©BIUM

rieure à laquelle on avait pensé en 1930, une atteinte médullaire pouvant expliquer la persistance des phénomènes algiques, ce qui rendrait inefficace l'opération.

SENGÈS.

Les accidents cutanés consécutifs à l'emploi des barbituriques, par Roger MOLINE. *La Science Médicale Pratique*, n° 5, pp. 167-171, 1er mars 1934.

Les éruptions de l'intoxication barbiturique sont des accidents réactionnels, indépendants de la dose. Leur mécanisme est très différent de celui des intoxications aiguës au cours desquelles les accidents comateux sont des manifestations passives en rapport avec la quantité de toxique ingérée. La morphologie des accidents ne présente pas de caractère propre. Chez les épileptiques, il ne saurait être question de supprimer le traitement. Dans les autres cas, après suspension, il faut tenter la désensibilisation progressive. M. Moline, étudiant les causes, cite l'hypothèse du biotropisme de M. Milian. L'intoxication par accidents cutanés ne saurait se concevoir sans la notion d'une intolérance momentanée. L'exanthème survient donc sur un tégument modifié qui permet l'exaltation de la virulence des germes.

P. CARRETTE.

Problèmes psychiatriques des avitaminoses et de la pellagre en particulier (Psychiatric problems of the avitaminoses with special reference to pellagra), par H.-P. Stubbe TEGLBJOERG. *Acta Psychiatrica et Neurologia*, T. IX, fasc. 1-2, pp. 195-234, Copenhague 1934.

Le tableau symptomatique des affections pellagreuses est impressionnant. L'absence d'utilisation des vitamines B que l'on met généralement en cause relèverait d'une diététique défectueuse, des intoxications chroniques, de la gastro-entérite, à moins qu'elle ne provienne d'un trouble primitif de la nutrition dont le mécanisme étiologique nous échappe encore. L'auteur nous expose des cas assez complets avec érythème, hyperkératose, dystrophies osseuses, hypertension artérielle, insuffisances endocriniennes multiples, hypertonie musculaire, paralysies avec signes extra-pyramidaux indiquant une atteinte presque constante du mésencéphale. L'asthénie, la dépression sont fréquentes. Nous trouvons également des paroxysmes convulsifs, des troubles sensoriels et même la démence terminale.

P. CARRETTE.

Pellagre associée à l'alcoolisme chronique (Pellagra in Association with Chronic Alcoholism), par H.-M. ZIMMERMAN, L.-H. COHEN et E.-F. GILDEA. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 2, pp. 290-309, février 1934.

Les auteurs apportent trois nouvelles observations de carences multiples du type pellagreux avec les troubles cutanés et digestifs, les dystonies, les parésies, les perturbations sensitives. Ils préconisent la thérapeutique des avitaminoses appliquée par voie parentérale et suggèrent que l'alcoolisme chronique favorise le développement de la pellagre en troublant l'assimilation digestive et en débilitant les organes de défense antitoxique.

P. CARRETTE.

©BIUM

Myélopathie associée à l'encéphalopathie alcoolique (Myelopathia Alcoholica Associated with Encephalopathia Alcoholica), par Mme Lauretta BENDER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 2, pp. 310-337, février 1934.

Les troubles neuro-psychiques de l'alcoolisme chronique offrent un tableau clinique complexe où se trouvent associés l'affaiblissement psychique, le délire sensoriel, la confusion, l'instabilité motrice avec parésie, atrophies et troubles sensitifs. L'auteur rapporte 5 études anatomiques d'encéphalopathie alcoolique et rappelle la tendance à la systématisation des lésions : altérations corticales cérébro-cérébrelleuses, réaction marginale et épendymaire envahissante avec inflammations vasculaires hémorragiques dans les aires bordant les cavités, les centres gris végétatifs périventriculaires. Mme Lauretta Bender constate que la systématisation lésionnelle se poursuit dans la moelle épinière. A un premier degré, les zones superficielles sont altérées ; on note un épaississement piai, une réaction gliale avec dégénérescence graisseuse et démyélinisation. Dans les lésions plus avancées, on trouve un envahissement de la corne latérale et de la colonne de Clarke par une congestion intense. Là encore, les lésions se portent avec prédilection sur les relais végétatifs. Enfin, il y a des cas sévères où les faisceaux blancs postérieurs sont altérés de même que les faiceaux pyramidaux.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

La mise en observation psychiatrique suspend-elle les effets du mandat d'arrêt ? par P. VERMEYLEN (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 14e année, n° 6, Juin 1934).

La pratique des parquets belges a résolu la question ci-dessus par l'affirmative. C'est ainsi que si un détenu est mis en observation selon les prescriptions de la loi de défense sociale, la détention préventive cesse pour reprendre ses effets au moment où la période d'observation prendra fin. A la détention préventive s'ajoute donc le temps de la mise en observation, et il se peut qu'un inculpé reste à la disposition de la justice pendant deux mois, moins un, deux, ou quelques jours, sans bénéficier de la garantie de comparution mensuelle devant la Chambre du Conseil.

L'opinion des parquets et des tribunaux est fondée sur le commentaire de la loi fait par M. le Procureur général Cornil, dans sa Mercuriale du 15 septembre 1930. Par contre, l'auteur, avocat près la Cour d'Appel de Bruxelles, estime cette pratique absolument contraire au texte et à l'esprit de la loi. Se basant sur les débats de la loi à la Chambre, il montre que le législateur entendait que la loi de 1874 sur la détention préventive, soit toujours appliquée à l'inculpé, qu'il soit détenu, ou placé en observation. Le contrôle des juridictions d'instruction est fort utile, non seulement pour garantir le justiciable contre les lenteurs, toujours possibles de la procédure, mais encore pour décharger les magistrats instructeurs et les experts de leurs redoutables responsabilités.

LAUZIER.

©BIUM

Les recherches d'anthropologie criminelle en prison, par Louis VERVAECK. *La Presse Médicale*, n° 52, pp. 1061-1062, 30 juin 1934.

L'examen médico-psychologique des criminels, réclamé dans de nombreux Congrès, est devenu en Belgique l'objet d'applications pratiques. Les problèmes de l'hérédité, les rapports entre les prédispositions, le milieu, les états pathologiques et les circonstances, les mesures de réadaptation sociale, la prophylaxie, cessent de s'égarer dans des dissertations vagues pour entrer dans le domaine de la réalité quotidienne. M. Louis Vervaeck, Directeur général du Service d'Anthropologie Pénitentiaire de Belgique, nous expose les conditions de fonctionnement de ses services créés en 1920 dans 10 grandes prisons du pays et dont l'activité a abouti en 13 ans à l'établissement de 27.256 dossiers, matériel de base indispensable au progrès scientifique de l'anthropologie criminelle.

P. CARRETTE.

Prédisposition héréditaire et criminalité (Erbanlage und Verbrechen), par Friedrich STUMPFL (de Munich). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro und Psych.*, 1933, Tome CXLV, p. 283 à 326.

Long travail statistique constituant la première partie d'une étude d'ensemble. Ce premier article est consacré à la criminalité chez les frères, neveux et cousins. La statistique porte sur les familles de 146 récidivistes et de 150 délinquants simples. Parmi les parents des récidivistes l'auteur a trouvé une proportion beaucoup plus grande de criminels ou délinquants (36 0/0 chez les frères, 14 0/0 chez les neveux) que chez les frères et neveux des délinquants simples (7,5 0/0) et également plus de récidivistes dans la parenté des récidivistes. — Chez les frères des récidivistes il y a environ 40 0/0 de récidivistes alors qu'il n'y a que 25 0/0 de récidivistes chez les frères des délinquants simples. L'auteur ne méconnaît pas d'ailleurs les facteurs de milieu qui rendent nécessairement très difficiles les interprétations. Nombreux tableaux. Statistiques très détaillées.

Henri EY.

Pronostic social et pronostic psychiatrique de la récidive des délinquants anormaux, par le Docteur M. ALEXANDER (*Revue de Droit pénal et de criminologie*, 14e année, n° 6, Juin 1934).

Le danger de récidive, dont l'évaluation est importante et difficile lorsqu'il s'agit d'appliquer à un condamné normal la libération conditionnelle, est plus important, et plus délicat encore à apprécier lorsqu'il s'agit d'anormaux. Deux ordres d'éléments sont en général pris en considération par les Commissions : les facteurs sociaux et les anomalies mentales.

Parmi les facteurs sociaux, on attache une grosse importance aux possibilités de reclassement du sujet. L'obligation de retrouver du travail, ses conditions, la composition de la famille, les conditions de vie au foyer conjugal, la possibilité pour les parents d'exercer une surveillance suffisante sont à envisager. Par contre, les facteurs psychiatriques du problème ne sont pas toujours examinés avec assez d'attention et l'auteur s'efforce de passer la plupart d'entre eux en revue. Il arrive à cette conclusion que la

©BIUM

tutelle psychiatrique la plus attentive et la mieux organisée ne peut être considérée dans tous les cas comme une garantie certaine de l'innocuité sociale des malades. Un examen attentif de toutes les particularités intellectuelles et affectives de l'interné est absolument indispensable pour répondre à la question posée par la loi belge quant au danger d'une libération.

LAUZIER.

Les aspects médicaux du crime (The Medical Aspects of Crime), par W. NORWOOD EAST. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, section of Psychiatry. T. XXVII, n° 1, pp. 559-570, mars 1934.

La lutte contre la criminalité s'inspire des directives médicales. Pour éviter de perdre le bénéfice des efforts dépensés, il importe avant tout de se mettre d'accord sur l'orientation à donner à la prophylaxie, après avoir établi le bilan des moyens dont la société dispose. Hors de cette voie, il n'y a que tentatives stériles, discussions vaines. M. Norwood East montre combien serait déraisonnable la conception systématisée du crime identifié à un signe pathologique, révélateur d'un état morbide entraînant des mesures thérapeutiques constantes, nécessairement prolongées et d'un résultat incontrôlable. Le problème est bien plus vaste et plus complexe. On observe des crimes imputables à des maladies mentales. Le fait est parfois évident, mais son importance très relative à côté des nécessités prophylactiques qui doivent retenir l'attention. Quelques notions acquises trouvent lentement leur application. Il reste une telle quantité d'observations et d'expérimentations à entreprendre que la criminologie ne peut être considérée à l'heure présente que comme un chapitre à peine ébauché des sciences biologiques.

P. CARRETTE.

Menaces de mort chez le schizoïde et défense sociale, par Etienne de GREEFF (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1934).

L'auteur examine dans quelle mesure et comment le psychiatre et les experts peuvent proposer des mesures de sécurité *préventives,* basées sur l'étude de l'état mental de certains anormaux, déséquilibrés ou schizoïdes, dont la conduite, privée ou sociale, révèle des tendances aux violences ou au meurtre passionnel. Il étudie, à l'occasion de deux observations, les caractéristiques du tempérament schizoïde et il se livre à une intéressante analyse psychologique et clinique de sujets de ce genre à l'occasion de conflits familiaux ou passionnels dans lesquels ces sujets sont engagés. Les tendances de ces sujets doivent être analysées et bien connues afin que l'expert ou le psychiatre puisse proposer une mesure de sécurité suffisamment prolongée pour que les tendances à la violence ou au crime passionnel soient éteintes ou dérivées dans une direction non dangereuse. L'auteur conclut en disant que s'il y a loin encore du « Code à l'hygiène mentale » et de la « répression » à la thérapeutique, il est possible cependant, dans certains cas déterminés, de prévoir et de prévenir.

SENGÈS.

©BIUM

Délinquant par tendance ou encéphalitique « au sens large » (Delinquente per tendenza o encefalitico « in senso lato »), par Oreste BONAZZI (Bologne). *Giornale de Psychiatria e di Neuropatologia*, 1934, p. 94 à 102.

La tendance délinquante peut être due elle-même à des agents toxi-infectieux passés inaperçus.

Henri EY.

Les aspects médico-légaux des maladies vénériennes (The Legal Aspects of Veneral Disease), par L. F. BECCLE. *The Medico Legal and Criminological Review*. T. II, n° 2, pp 105-128, avril 1934.

La prophylaxie des maladies vénériennes n'aura son plein effet que par des sanctions légales. L'éducation du public sur les notions de contagion doit être poursuivie. L'auteur propose d'engager la responsabilité de tout sujet atteint de lésions primaires et secondaires en lui imposant l'isolement et l'obligation du traitement. Il préconise des mesures de divulgation des médications préventives et de protection de l'enfance et de l'adolescence.

P. CARRETTE.

Les Névroses traumatiques et la capacité au travail, par L. MEDYNSKI (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIII).

La schématisation de l'évaluation de la capacité au travail est impossible dans les névroses traumatiques. Il est indispensable de tenir compte 1° du fond psychique ; 2° du rapport existant entre le traumatisme et la réaction ; 3° de l'intensité de cette réaction et 4° de l'existence de signes typiques psycho-traumatiques.

L'incapacité absolue est exceptionnelle (pseudo-démence, paralysie hystérique de longue durée, hyperkinésie). Le changement de profession s'impose dans le cas où le travail qui a déterminé le traumatisme entretient l'état d'inquiétude permanente, lorsqu'on observe un état hypocondriaque persistant, lorsque le traumatisé éprouve de l'aversion pour son travail ou lorsque l'accident a laissé à sa suite de la déficience psychique. Cette mesure peut être seulement transitoire.

Le traitement des névroses traumatiques doit s'adresser non seulement à l'intéressé, mais il doit s'étendre à son entourage, de façon à ce que le traumatisé acquière la conviction que le retour au travail assure à l'intéressé le bénéfice du maximum des avantages et de défense de ses intérêts personnels.

FRIBOURG-BLANC.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La Société Médico-psychologique ne tiendra, au mois de JUILLET, qu'une seule séance. Cette séance, réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 11 juillet 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOÛT, ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Nécrologie.

M. le Dr FRANKHAUSER, Médecin-Directeur honoraire de l'Asile public d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin), membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr BOUYER, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère).

Nominations.

M. le Dr PERRUSSEL est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le Dr HUMBERT est nommé Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public de Plouguernevel (Côtes-du-Nord).

©BIUM

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef de service à l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère) ;

le poste de médecin-directeur de l'Hôpital pour les maladies mentales de La Manouba (près Tunis). (Traitement afférent à la classe dans le cadre des médecins-chefs de service des Asiles d'aliénés de la métropole, majoré de 33 0/0. Indemnité de direction : 4.000 fr. par an. Logement gratuit dans l'établissement).

Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles publics d'Aliénés du département de la Seine.

Au cours de l'*Assemblée générale* tenue le lundi 24 juin 1935, à Paris, et sur la proposition du Comité de l'Association, il a été décidé l'institution d'une bourse de voyage pour laquelle le règlement suivant a été établi :

Règlement

Article premier. — L'Association Amicale des Internes et Anciens Internes en Médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine décide d'attribuer en 1935, à l'un de ses membres, interne de 3e ou 4e année, de nationalité française, une *bourse de voyage à l'étranger.*

Cette bourse sera de 5.000 francs. Elle ne pourra pas être partagée.

L'Association exprime l'espoir qu'il lui sera possible d'attribuer tous les deux ans une bourse de voyage de valeur égale.

Art. 2. — La bourse de voyage sera mise à la disposition de son titulaire à partir du 1er décembre 1935. Le titulaire aura la faculté de l'utiliser, à la date de son choix, pendant les 9 mois qui suivront cette date ; il devra prévenir de la date de son départ le trésorier du Comité de l'Association, au moins quinze jours à l'avance.

Art. 3. — Les candidats devront faire parvenir au Secrétaire du Comité de l'Association, avant le 15 octobre 1935 :

1) une lettre de candidature indiquant la date de leur nomination à l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine, la date de leur admission comme membre de l'Association, la liste des services dans lesquels ils ont effectivement rempli les fonctions d'interne en médecine ;

2) une lettre de chacun de leurs chefs de service attestant qu'ils ont fait régulièrement leur service ;

3) une pièce officielle établissant leur nationalité ;

4) un projet indiquant brièvement l'emploi qu'ils feraient éventuellement de cette bourse de voyage à l'étranger, le but de leur voyage, le ou les pays où ils proposent de se rendre, les organisations d'assistance ou d'hygiène, les établissements hospitaliers, ou les laboratoires qu'ils désirent visiter, ou les travaux auxquels ils désirent se livrer, ou les méthodes qu'ils désirent expérimenter pendant ce séjour à l'étranger, etc. ;

©BIUM

5) l'engagement d'honneur de consacrer éventuellement à la réalisation de ce projet la bourse de voyage attribuée par l'Association ;

6) une liste de titres et travaux scientifiques.

Le Bureau de l'Association se réserve le droit de n'inscrire les candidatures qu'après contrôle des renseignements ci-dessus.

ART. 4. — Nul ne pourra faire partie de la Commission chargée d'attribuer cette bourse de voyage s'il n'est *ancien interne* en médecine des Asiles de la Seine et *membre actif* de l'Association. Cette Commission comprendra :

1) le président ou le vice-président du Comité de l'Association Amicale des internes ou anciens internes en médecine des Asiles de la Seine, ou, en cas d'empêchement, un autre membre du Comité de l'Association désigné par ce Comité ;

2) le secrétaire ou le trésorier du Comité de l'Association Amicale des internes ou anciens internes en médecine des Asiles de la Seine, ou, en cas d'empêchement, un autre membre du Comité de l'Association, désigné par ce Comité ;

3) le président ou le vice-président de la Société des Médecins des Asiles de la Seine ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Société désigné par le Bureau de la Société ;

4) le président ou le vice-président de la Société Médico-psychologique ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Société, désigné par le Bureau de la Société ;

5) le président ou le vice-président de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics d'aliénés de France, ou, en cas d'empêchement, un autre membre de cette Association, désigné par le Bureau de cette Association.

Nul ne pourra faire partie de la Commission à deux concours consécutifs. A un même concours, nul ne pourra être désigné pour représenter dans cette Commission deux Sociétés ou Associations différentes.

Le président du Comité de l'Association des internes et anciens internes des Asiles de la Seine, ou son représentant, présidera cette Commission dont le Secrétariat sera assuré par le secrétaire du Comité de l'Association ou son représentant.

ART. 5. — Trois mois au plus tard après la date de son retour de voyage, le titulaire de cette bourse devra remettre au Secrétaire de la Commission ci-dessus désignée un mémoire inédit exposant les résultats de son voyage. Ce travail consistera, soit en un mémoire scientifique fait ou complété à l'aide d'éléments recueillis pendant ce voyage, soit en un exposé de méthodes nouvelles d'examen, de recherche, d'assistance, de prophylaxie ou de thérapeutique psychiatriques étudiées au cours de ce voyage.

Il appartiendra à la même Commission, réunie à nouveau, de décider si ce travail permet d'attribuer à son auteur le titre de *lauréat de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes en Médecine des Asiles de la Seine*, et d'en demander la publication dans les *Annales Médico-Psychologiques*.

Les candidats sont priés de s'inscrire auprès du Secrétaire de l'Association (Dr Paul COURBON, *Médecin-Chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge, Seine-et-Oise), avant le 15 octobre 1935.*

©BIUM

INSTITUT DE FRANCE

Académie des Sciences morales et politiques.

M. le Professeur Jean LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon, Professeur de Clinique neuro-psychiatrique, membre associé national de l'Académie de Médecine, Médecin des Asiles publics d'aliénés, a été élu membre titulaire de l'Académie des Sciences morales et politiques.

UNIVERSITÉ DE BRUXELLES

Nomination.

M. le Dr G. VERMEYLEN, professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles, a été élevé à l'ordinariat.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé)*. — 50.612

©BIUM

TOME II. — N° 2 JUILLET 1935

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

DE L'ANXIÉTÉ

PAR

W. BOVEN

L'anxiété est le degré moyen d'un malaise dont l'inquiétude est le degré léger, l'angoisse, l'expression grave. L'inquiétude incommode l'âme de l'homme et lui paraît d'origine, de nature psychique ou morale ; l'angoisse semble sévir dans le plan du corps, l'anxiété participant à la double nature corporelle et morale. Inquiétude, anxiété, angoisse, traduisent ainsi l'intensité et l'extension de plus en plus impressionnantes d'un malaise d'ailleurs univoque.

*
**

Des auteurs innombrables se sont appliqués à l'étude de l'anxiété. Evoquons ici les théories les plus significatives.

La plus simpliste, sous son air de rigueur concrète, c'est l'explication de l'angoisse par des troubles vago-sympathiques. Inutile de s'y arrêter : aussi bien n'offre-t-elle à considérer que des mots.

Pour Pierre Janet, l'angoisse naît de la « réaction de l'échec ». Les sentiments étant des régulations de l'action, lors donc que la « réaction de l'effort », en vue d'atteindre un but déterminé, n'aboutit pas, avorte, la « réaction de l'échec » survient qui

©BIUM

suspend l'acte en cours. A cette suspension, souvent épuisante, répondrait le sentiment de l'angoisse, plus ou moins grave selon l'importance de l'acte suspendu. « Les choses se passent, écrit-il, comme si, au phénomène supprimé, se substituaient, par une sorte de dérivation de la force inemployée, un grand nombre de phénomènes inférieurs. » Donc, avortement de l'effort d'une tendance haute, suspension de l'acte en cours, angoisse... telle serait la genèse de ce sentiment. L' « anxiété » serait une angoisse répétée à propos d'un grand nombre d'actions et étendue à toute la vie.

Janet ajoute à cela une remarque importante : c'est qu'au fond de l'anxiété, subsisterait toujours un sentiment de l'urgence de l'acte et, en même temps, du caractère défectueux et abominable de toute action. « L'anxiété, dit-il, est composée de cette recherche perpétuelle et épuisante d'une action indispensable et de ce dégoût, de cette peur de toute action qui se propose. »

Freud a professé jadis que l'angoisse (Angst) serait l'énergie du potentiel d'une tendance refoulée. Il a abandonné cette idée depuis lors. Sa doctrine présente me paraît assez confuse. L'Angst serait « une réaction à la séparation », analogue à la peur de la castration ; elle traduirait la crainte du « Moi » d'être privé de l'appui du « Sur-Moi », puissance en quelque sorte protectrice de l'enfance. L'Angst fonctionnerait aussi comme signal avertisseur « zur Vermeidung der Gefahrsituation », pour conjurer les situations périlleuses. Ailleurs, l'émotion anxieuse est définie comme l'impression d'imminence d'un danger indéterminé, die Erwartung vor etwas das wir nicht kennen. L'angoisse névrotique aurait précisément ce caractère spécifique de s'attacher à l'inconnaissable et à l'inconscient. Enfin, l'Angst parerait au danger... A quel danger ? Au Triebanspruch, à l'impulsion instinctive. Elle parerait au danger en confectionnant les « symptômes », soit les manifestations-mêmes de la névrose. — L'Angst de Freud serait donc une fonction du Moi destinée à influencer le Sur-Moi, quelque chose comme une hormone affective (c'est moi qui le dis !), agissant à distance sur le tissu noble du Sur-Moi.

On doit à Kurt Goldstein une étude intitulée : *Zum Problem der Angst.* Observant des blessés du crâne auxquels il donne certaines tâches à accomplir, il voit apparaître chez eux les signes de l'anxiété dans leur mimique et leurs gestes lorsqu'après un assez long effort, ils ne parviennent pas à l'accomplissement qu'ils désirent.

D'où Goldstein conclut que l'anxiété est la perception d'un échec, d'un effort ou d'une suite d'efforts avortés. Elle signifie-

©BIUM

rait : inadaptation de l'être aux conditions ambiantes. Sa qualité comme sa modalité dépendraient des circonstances et de l'ambiance individuelles. Perception d'un échec, d'une inadéquation de l'individu à son milieu, sans autre finalisme, telle serait la version de Goldstein sur ce sujet.

Dans leur beau livre sur « Les anxieux », Devaux et Logre observent le caractère à la fois dépressif et sthénique de l'anxiété : sthénique, parce qu'elle fait effort pour résister à l'infortune, dépressif, parce que cet effort lui paraît vain, contradictoire en somme : parce qu'elle implique une égale impossibilité de repos et d'action. Il y aurait dans cette émotion, doute, insécurité, irrésolution.

Stekel croit que l'Angst manifeste toujours la présence d'une tendance refoulée : elle serait le produit d'un refoulement (Verdrängung). Toute anxiété serait peur de la mort : Todesangst.

Tout récemment, H. Arthus assimile l'angoisse à la peur normale : elle naîtrait « du fait que la censure change le signe de l'affect lorsque le désir y rencontre une représentation refoulée ; ce vers quoi il tend va se présenter avec les caractères de la répulsion, de l'angoisse ».

Pour Störring enfin, la peur est une forme de l'angoisse : l'angoisse étant la peur sans objet, propre au présent, non à l'avenir. Elle émanerait de « l'antinomie d'une vie affective très profonde et très persistante et d'une volonté étonnamment débile ».

Toutes ces définitions ont du bon, me semble-t-il. Mais elles me paraissent à côté du phénomène essentiel. Je proposerais de l'anxiété la définition suivante :

L'anxiété répond chez l'homme à un désarroi dû à la contention discordante d'influx, de tendances, d'impulsions, de volitions qui visent en même temps à des buts, à des actions divergentes, contradictoires ou opposées.

L'angoisse n'est pas la peur. La peur évite, écarte, fuit l'obstacle. L'angoisse veut à la fois fuir et demeurer. La peur est une décision, une résolution à sa manière, en quelque sorte négative. L'angoisse, ou à un degré plus léger l'anxiété, est une indécision, une irrésolution douloureuse, à l'instant pathétique où la décision s'impose. Sur un champ de bataille, la commotion profonde (par éclatement d'obus) peut produire, chez l'homme, mort ou coma ; la terreur-choc est paralysie, atonie, syncope ; la peur est fuite ; l'anxiété, elle, est compromis plus ou moins honorable entre l'instinct de conservation et le sentiment du devoir. Toute anxiété, toute angoisse implique combat intime et postule souvent

©BIUM

la persistance de la notion du devoir social. Au degré de la commotion profonde, il ne saurait y avoir conflit d'âme. C'est la prostration tout court. Pour qu'il y ait peur, il faut déjà un certain degré de conscience du danger avec quelques moyens d'y parer ; mais pour qu'il y ait angoisse, il faut plus encore : une perception plus élargie, embrassant, vaguement peut-être, l'aspect moral du problème que l'instant pose : l'ennemi d'un côté, le devoir de l'autre ; le salut ou le déshonneur. L'anxiété, sur le champ de bataille par exemple, dénonce donc une activité psychique plus « haute » que la peur. Dire, comme on l'a fait, que l'éclatement d'un obus provoque indifféremment angoisse ou peur, c'est, je crois, confondre deux réactions qui se ressemblent. L'angoisse est plus brave que la peur : elle implique effort, lutte en faveur du rétablissement nécessaire. Elle peut aboutir à la fuite quand même, la morale vaincue, ou bien au compromis de la crise de nerfs : compromis moins « bas » que la fuite, ou bien à la « rassurance », à l'héroïsme, à la marche en avant.

Dans le cas du soldat au combat, l'angoisse est plus haute que la peur. Mais il doit demeurer entendu que l'angoisse peut répondre à des contentions discordantes entre influx de très bas niveau : végétatif, par exemple. L'angoisse naîtrait, dans l'angine de poitrine par exemple, du désarroi d'une fonction ou d'un groupe de fonctions dont l'une ou l'autre travaille à vivre et l'autre à mourir, dont les unes entretiennent la vie et l'autre l'entrave ou la suspend ; sans parler de la douleur née de l'altération fonctionnelle et de son retentissement sur le moral. De même l'angoisse prototypique de l'asphyxie traduit l'horrible antagonisme d'une fonction qui trahit brusquement la synergie vitale.

L'angoisse répond toujours à un achoppement grave de la synergie de l'organisme.

*
**

Comme la douleur signale une altération dans l'économie, l'anxiété signale les dyssynergies au sein de notre être. Les conflits qui la déclanchent peuvent éclater et sévir à tous les niveaux et entre tous les niveaux de la structure et de la hiérarchie somatopsychique. Les dyssynergies entre fonctions « hautes » ou fonctions spirituelles, sont généralement claires à la conscience et riches de réactions réfléchies. Mais souvent le conflit ne se situe pas clairement dans l'être et le sens du trouble, comme son siège, demeurent imprécis et plus ou moins inconscients. L'étude des névroses nous dévoile des conflits surgis entre des tendances et des aspirations d'élévation inégale, entre l'idéal

©BIUM

social d'une part et les prétentions individuelles, de l'autre, ou bien entre les conceptions morales qui modèlent la dignité humaine et les concupiscences de la chair. Contrairement à l'opinion de maint psychanalyste, je ne crois pas au caractère nécessairement inconscient des mobiles et du conflit de la névrose. Ce que les névrosés ne perçoivent pas toujours avec clarté, c'est moins la nature de leurs antagonismes ou la valeur de l'enjeu de la lutte, que la relation pathogénique des mobiles et des symptômes. D'ailleurs, on ne les guérit pas en leur révélant le mécanisme de ce rattachement, pas plus qu'on ne guérit un malade en faisant devant lui et à haute voix le diagnostic de sa maladie. La guérison d'un conflit n'est assurée que par un secours beaucoup plus actif et plus affectif.

Quoi qu'il en soit, la névrose avec l'angoisse implique un antagonisme intime et latent. En général, c'est, d'un côté, le groupe des impulsions égoïstes, de l'autre, le groupe des tendances idéales. D'un côté, des sollicitations à l'acte prompt, à la jouissance ; de l'autre, des aspirations, des conceptions impliquant longue chaîne d'influx entre relais multiples, effort d'évocation, synthèse d'intérêts divers. D'un côté, l'attrait de l'acte facile provoquant preste soulagement ou plaisir, de l'autre, la représentation complète du réseau des devoirs et des nécessités, avec les inhibitions qu'il impose et la perspective lointaine du bien-être assuré par le sacrifice.

C'est l'attrait du plaisir facile aux prises avec les représentations de ses conséquences périlleuses. L'avenir fait contrepoids au présent ! Non, l'angoisse n'est pas la peur ! car l'angoisse déborde le présent et l'immédiat et elle envisage, confusément, le lendemain, l'avenir, l'horizon du temps.

Que « l'érotisme » soit souvent reconnu parmi les émeutiers des ruelles de l'être, c'est vrai. Mais « l'arrivisme » fomente plus de troubles encore.

*
**

L'anxiété, impliquant deux directions divergentes, implique l'écartèlement de l'âme et du corps. Sa « diastase ». L'anxieux, incarnant au moins deux rôles, offre le spectacle biologique d'une lutte qui sévit dans tout l'organisme, jusque dans le souffle et dans le sang, jusque dans la chimie des sécrétions et des sucs.

Un homme, tenté de tromper sa femme qu'il aime, joue, au moins en esprit, tour à tour et parfois simultanément, le double rôle du mari trompeur et de l'époux fidèle. Les événements de

©BIUM

sa vie quotidienne opèrent sur le marché de ses valeurs morales, si je puis dire, comme les événements de la vie économique sur la bourse des valeurs tout court. Tantôt l'impulsion haute l'emporte (pour un souvenir, pour une image, pour un vieil air qui monte de la rue), tantôt l'impulsion basse acquiert une force nouvelle (à cause d'une autre image, d'un geste, d'un parfum). Ainsi, notre angoissé va jouer et joue en effet le coupable et l'innocent, le mari et l'amant, le polisson et l'honnête homme. On pourra voir parfois ces deux personnages se succéder rapidement dans la mimique, la gesticulation, les propos, les actes du malade et parfois même, apparaître simultanément, jusqu'à la manifestation paradoxale, disparate, *ataxique,* pourrait-on dire.

Je crois que tous les symptômes observés chez les anxieux en cours de névrose subissent cette espèce de polarisation qui les explique en les déterminant et qu'ils trahissent ou traduisent avec une remarquable exactitude les péripéties de la lutte engagée entre des tendances rivales.

Une femme, en état d'angoisse, veut à la fois fuir et rester là. Son pouls précipité témoigne de sa fuite, ébauchée sur le plan moteur ; ses jambes qui flageolent manifestent le *veto* du « restez là ! »

Il y a une chimie de l'angoisse. Elle est différente de la chimie de la tristesse ou de celle de la peur (1).

S'il y a, chez l'asthénique comme chez l'anxieux, diminution ou ralentissement de la fonction uréogénique du foie, le métabolisme de base est augmenté chez l'anxieux, diminué chez le mélancolique. Le taux de la cholestérine dans le sang s'abaisse chez l'anxieux, s'élève chez le déprimé ; l'augmentation du taux du sucre sanguin serait plus forte chez l'anxieux que chez le mélancolique, etc... On voit, par ces exemples, que l'image chimique de l'anxiété est presque le négatif de l'image de l'asthénie. Mais surtout on pressent, à suivre ce début de démonstration *in vitro,* la circonspection nécessaire à des investigations de ce genre ! La névrose d'angoisse ne comporte-t-elle pas des péripéties d'effort et de relâchement, d'exaltation et d'asthénie, d'offensive et de trêve qui prennent figure dans la crase sanguine. Des recherches de ce genre exigent l'étroite collaboration du chimiste et du psychiatre et l'ajustement parfait des temps d'examen du sang et de l'âme.

(1) Voir entre autres, à ce sujet, Ch. MASSAUT : La modification des échanges organiques dans les états asthéniques et anxieux. *Journ. belge de Neur.,* XXXII, 2 sept. 1932.

©BIUM

*
**

La névrose d'angoisse pourrait être comparée à un théâtre d'ombres chinoises : le drame s'y déroule dans une certaine obscurité qui parfois confine aux ténèbres. *Aux spectres des sentiments répondent des actions-fantômes.* Les actions-fantômes s'y ébauchent et s'y opposent en ébauches. Elles s'inscrivent en majuscules ou par leurs premiers mots, dans la gesticulation et la mimique ; elles s'y balbutient, pourrait-on dire. « Remplacez tout un discours par ses premiers mots, comme on fait pour les bulles du pape, ou toute une activité par le mouvement initial, vous aurez l'image des abréviations de l'action dans la névrose. » (1).

L'étude de l'anxiété autorise à dire que les émotions, les sentiments préfigurent l'action bien plus encore qu'ils ne la règlent. L'émotion constitue déjà l'attitude de l'être, préliminaire à toute manifestation réfléchie. On pourrait exprimer ce fait en disant d'une autre manière que *tout acte se ressent avant de s'accomplir.* Ces pré-actions ou fantômes-de-l'action-qui-vient se meuvent avec une rapidité remarquable et parfois s'incarnent en actes manifestes, parfois s'évanouissent sans consécration motrice. L'angoisse nous livre, sous l'aspect de ses réactions viscéro-végétatives, les dessous et les secrets de cette lutte pré-active.

Or, cette préfiguration n'est pas seulement centrale, bien entendu, mais elle amorce ou mouille les centres et les instruments de l'action éventuelle. C'est cette sollicitation à la fois suspendue et imminente de toutes sortes de fonctions et d'organes de l'être que l'angoissé ressent comme une pénible usure, comme le tourment d'une volonté qui tourne à vide. *L'angoissé est imprégné de l'antagonisme de ses latences.*

De là, chez lui, le sentiment douloureux de son insécurité. En proie à ses volontés et nolontés, à ses impulsions et tendances rivales, l'anxieux perd le sentiment de l'unité de sa personne et les attributs de la maîtrise. Nous allons voir l'angoisse s'enrichir et s'aggraver désormais de toutes les réflexions que son désarroi suscite dans les sphères hautes de la vie intellectuelle et morale et constituer l'ensemble complexe du syndrome anxieux, tel qu'il nous est peint par les malades eux-mêmes, avec un fonds à la fois organique et instinctif, des inhibitions ou des retenues d'ori-

(1) Dr W. Boven. — *L'anxiété.* Delachaux et Niestlé. Paris et Neuchâtel, 1934.

©BIUM

gine cérébrale haute, des interprétations et des gloses, inspirées par la souffrance et les difficultés de l'action.

Dès que l'anxiété est à l'état naissant dans notre organisme, par le maléfice de circonstances pénibles, l'intuition d'insécurité, d'imminence redoutable apparaît. De nuit, tout d'abord peut-être, dans les rêves. Puis elle filtre dans le courant des jours, vague, légère, insaisissable à l'autanalyse. Elle se fixe, comme les nuées qui se forment contre les montagnes, sur tous les points faibles de l'organisme de chair et de pensée et particulièrement sur les actions qui requièrent de la part d'un homme normal, précisément, un peu de sang-froid, de l'assurance ferme, quelque maîtrise. *J'exprimerai ce fait en disant que l'anxiété cristallise ou floconne autour des émois de la vie normale.* Pas n'est besoin dès lors de chercher et de trouver des explications symboliques à l'anxiété qui s'attache aux ponts, aux gares, aux armes, à la rue, etc. L'homme qui devient la proie lente de l'anxiété, et d'abord de l'inquiétude, commence par devenir timide par exemple, sujet au vertige, gauche, dépendant. *L'anxiété s'attache à tout ce qui requiert de l'homme normal l'attitude de la tension vigilante.* L'alpiniste qui « ne concevait pas sa chute », dans les passages les plus aériens de l'escalade, éprouve une inquiétude, qu'il ne manque pas de qualifier de ridicule, au haut d'un talus de chemin de fer.

Et ce n'est pas que l'anxieux porte en lui désormais la fatalité hernanesque du suicide. Ce n'est pas qu'il se sache, au fond, coupable et condamnable. Ce n'est pas que le Sur-Moi demande désormais la tête du Moi. Autant dire que tout homme qui souffre de vertige en montagne est un aspirant secret à la mort ! un égocide, un psychanalyste malgré lui. Non, le vertige est une anxiété et réside dans l'antagonisme, qui peut devenir pathétique, d'une suggestion de chute et d'une suggestion d'escalade. Plus l'homme est faible ou épuisé, plus la suggestion « chute » acquiert de poids et par conséquent d'horreur. L'angoisse fait de même. Telle femme qui tremble sur le quai d'une gare est l'image d'un être qui a perdu sa maîtrise, sa conduction, précisément dans un lieu de vacarme, de presse, de hâte, de précision nécessaire et de risques.

Ajoutons à cela ce trait :

Le caractère individuel concourt avec les circonstances de la vie à inspirer la détermination du « choix » des symptômes de l'angoisse.

*
**

©BIUM

Parmi les symptômes de l'anxiété, voyons de plus près les obsessions et les phobies.

On dira volontiers que ce sont des phénomènes de même nature mais de signe contraire. Impulsion, répulsion. Oui, mais est-il besoin de le dire ? ces phénomènes participent à la nature dualiste ou diastatique, à la dynamique antagoniste de l'angoisse. Obsession ou phobie, il y a en elles antagonisme d'impulsions rivales. Quoi qu'il en soit, ce sont, elles aussi, des produits de condensation anxieuse sur un point, un organe, une fonction, une activité faible, débile ou vulnérable, ou sur une représentation névralgique.

Je ne crois pas que les définitions de Janet nous découvrent le sens des obsessions et phobies, quand il s'exprime dans ces termes : « L'obsession est une pensée prévalente qui s'impose à l'attention et qui détermine un travail mental long et pénible au point de devenir angoissant. » « L'obsession est une faiblesse de la croyance réfléchie, une manifestation de la manie de l'effort. »

On pourrait comparer l'obsession-phobie à une concrétion, à un calcul d'angoisse. C'en est réellement une sorte de dépôt ou de précipitation psychique. Mais de même que les calculs biliaides n'épuisent pas la lithiase, l'obsession-phobie n'épuise pas l'anxiété. Elle la condense. Analysons-les, ces calculs d'angoisse : impulsions et contre-impulsions opposées, avec en plus le connectif ou la gangue de la substance du caractère individuel. Le caractère de l'individu s'incarne en effet dans ses obsessions-phobies et d'autant plus que ces phénomènes datent de plus loin. Et l'on ne peut pas manquer d'observer que cette « *caractérisation* » progressive de l'obsession-phobie livre à l'analyse maint secret de la constitution morale de l'homme. Chez les personnes douées de tendresse, d'aménité scrupuleuse, d'altruisme, ces obsessions réduisent la part de l'impulsion égoïste au profit de l'observance morale. Au contraire, elles font, chez les hommes durs et froids, la part belle à l'orgueil, à l'avidité, à la jouissance immédiate. C'est au point que rien ne ressemble moins à une obsession qu'une « même » obsession chez autrui, car il existe toujours entre elles la différence d'un homme à l'autre. C'est pourquoi les obsessions-phobies des mauvais coucheurs confinent à la constitution paranoïaque alors que les obsessions-phobies des malades « humbles de cœur » confinent parfois aux larmes et au sacrifice.

A la longue, cette décantation morale du caractère dans les obsessions-phobies chroniques aboutit tout de même à l'éclaircissement relatif de l'âme. L'homme aboutit au compromis avec lui-même. Sa névrose s'apaise en se codifiant en impératifs et

©BIUM

vétitifs. On pourrait nommer les obsessions-phobies chroniques des « *accommodats du type obsessionnel* » en spécifiant par ce terme une modalité (avec ses variantes) de l'aboutissement de la névrose, sous forme de compromis plus ou moins restrictifs de la liberté d'action du patient et de son entourage. Cette sorte de compromis empiète relativement peu sur les droits et pouvoirs d'autrui, relativement beaucoup sur les droits et pouvoirs du sujet même, chez les anxieux doués de bienveillance naturelle, et opère à l'inverse chez les anxieux « durs ».

Plus la part d'égoïsme s'accroît dans un caractère, au détriment d'autrui, plus apparaît l'infantilisme d'un amour-propre excessif et sans frein, plus l'obsession se rapproche des manifestations paranoïaques dont un des propres est d'exclure totalement le souci du prochain au profit de l'amour du Moi. Le passage à la paranoïa est chose faite lorsque l'anxiété s'est transformée, toute lutte intime ayant pris fin, en un orgueil mégalomaniaque, triomphant, désormais inattaquable, ou en une haine agressive, complètement substituée à l'anxiété.

En résumé, la part du caractère individuel est telle dans les phénomènes anxieux qu'elle s'y révèle à tout observateur qui la recherche. Ces phénomènes sont imprégnés de la substance de l'homme total. Non seulement, il existe des obsédés et non pas des obsessions, non seulement il est, comme l'ont dit Vurpas et Corman (1), des obsédés mélancoliques et des obsédés constitutionnels, mais l'anxiété affecte chez chaque individu une sémiologie très personnelle.

*
**

Les tics sont des manifestations apparentées à l'anxiété.

Le tic est tout d'abord un geste utile, opportun, efficace. Il soulage un malaise, humecte une conjonctive, corrige une pression, écarte un obstacle. Mais le tic, et c'est alors qu'il mérite ce nom, survit au malaise qu'il soulageait et, se détachant de son excitant initial, persiste chez certains sujets nerveux, inquiets, excitables, à titre de préservatif plus ou moins inconscient de ce

(1) Ces auteurs notent avec beaucoup de bonheur (*Ann. Méd.-Psych.*, 4, IV, 33) les traits différentiels de l'obsession mélancolique et de l'obsession constitutionnelle (psychasthénique ?) : les traits : superficiel, idéatif, abstrait et froid de l'obsession constitutionnelle ; les traits : profond, instinctif, vital, vécu, irraisonné de l'obsession mélancolique avec son impressionnant cortège de manifestations viscéro et vasomotrices. L'acuité inégale de ces obsessions, dont les unes sont aiguës (obsession mélancolique), les autres chroniques et leur « caractérisation » par le contexte mental individuel de l'autre, expliquent à mon avis ces différences.

©BIUM

mal. L'anachronisme de cette survivance s'accentue dans la suite, car le tic, les tics en général, finissent par perdre même toute spécificité et se rejoindre tous en lot, tics du nez, de la bouche, du cou, de l'épaule, etc., pour servir en qualité de *trucs ou moyens de se préserver de toute gêne ou malaise physique ou moral.*

Un renifleur a d'abord reniflé pour se soulager d'une gêne dans le nez ; puis il a reniflé en souvenir de ce malaise et par prévention de son retour, puis à la longue il use de son tic comme d'un des moyens disponibles, pour se tirer d'affaire, en cas de contrariété ou de difficulté matérielle, intellectuelle ou morale, comme si le reniflement ayant fait ses preuves dans les embarras du nez, il était de nature à rendre le même service dans les embarras du cœur et de la pensée. *Un tic est, à la longue, un geste de conjuration, d'une vertu curative éprouvée.*

Les tiqueurs n'ont pas un tic, mais des tics. On ne possède que des panoplies de ces sortes d'armes-là ! Voici un tiqueur astreint à fournir une réponse rapide, à trouver l'argument prompt dans une discussion technique. Il écarquille les yeux (cela lui a servi jadis à mieux voir) ; il soulève le col de son veston (cela dégage le cou) ; il renifle et souffle dans son nez (cela dégage la respiration) ; bref, il appelle à son secours un lot de gestes de dégagement, d'apaisement, de mise au point qui doivent conjurer la difficulté ou le péril présents.

Plus cette difficulté croît, plus les tics se multiplient : plus le tiqueur est fatigué, plus il tique, pour mieux « s'aider ».

Les tiqueurs sont gens émotifs, inquiets, timides, tendus, « sur leurs gardes ». Une intuition de malassurance et le souci d'y parer. Mais les tics varient avec le caractère individuel. Il y a des tics propres à l'orgueil, à la colère, à la peur. L'onychophage est un personnage irritable, parfois emporté, que l'obstacle agace. Mordant par définition, il s'attaque à l'ongle, roide et résistant dans sa pulpe molle, ou aux tissus qui l'entourent. Réaction d'impatience, de forçage, de destruction, d'agression réduite. *Le caractère individuel conditionne la variété du tic.*

*
**

Si la névrose est, comme je le crois, un ensemble de troubles corporels et mentaux qui dénoncent l'inadaptation douloureuse de l'homme à sa fonction, à sa tâche, à son milieu, on est autorisé, me semble-t-il, à distinguer deux grands syndromes parmi les affections dépressives.

D'un côté, le *syndrome anxieux, ou syndrome de diastase,* qui

©BIUM

traduit la lutte intérieure, l'antagonisme des tendances déchaînées, le déchirement (on pourrait parler d' « agonévrose » ou de névrose de combat). C'est la lutte avec ses péripéties.

De l'autre, le *syndrome asthénique*, qui traduit l'abattement, l'épuisement, l'abandon d'une lutte impossible.

Déchirement ou épuisement, lutte ou chute : voilà la saisissante opposition des deux syndromes. On distinguera d'autre part l'asthénie aiguë ou subaiguë de l'asthénie chronique ou subchronique, et de même la diastase aiguë de la diastase chronique. Cela fait 4 variétés de névroses.

1) L'asthénie aiguë, c'est l'éreintement qui a laissé l'homme sans forces, après des soucis, des chagrins, des efforts trop lourds ou trop prolongés, dans des conditions difficiles. Symptôme capital : la fatigue, l'inaptitude générale, l'inertie. Un peu d'anxiété sur le thème du travail et du repos également nécessaires. Pas de prédisposition héréditaire, dans nombre de cas. Guérison rapide.

2) L'asthénie chronique ou neurasthénique : c'est l'épuisement habituel d'un organisme vicié dans ses fonctions ou ses organes, parfois même sans l'appoint des infortunes ni des maladies. La vie grince dans un corps mal venu. Sursensibilité, survulnérabilité, surirritabilité, caractère difficile. Cette affection n'est pas souvent acquise ; elle comporte un appoint d'hérédité ou de blastotoxie. Guérison lente par l'aguerrissement, le pronostic étant fonction du caractère individuel, plus ou moins sociable, ouvert, etc.

3) La névrose d'angoisse aiguë : lutte intestine, décrite dans les pages qui précèdent. Symptôme capital : l'anxiété sous toutes ses formes. Péripéties d'une guerre civile souvent farouche. Guérison par l'aide physique et morale. Aucune prédisposition dans nombre de cas sinon l'inclination à l'inquiétude d'un caractère soucieux, par exemple.

4) La névrose d'angoisse chronique ou psychasthénie : névrose obsessionnelle par excellence : c'est le règne de l'anxiété chronique et diffuse, avec des concrétions d'obsession et de phobie nombreuses. L'anxiété inhérente à l'âme est devenue un trait de caractère et paraît constitutionnelle, bien que ce ne soit pas toujours le cas. Cette affection qui, je le crois, peut être acquise à la suite de maladies épuisantes et chroniques ou de chagrins prolongés, n'en tire pas moins en général le principe et le principal de sa substance de l'hérédité. Le contexte du caractère, le fonds même où s'établit la névrose, lui confère une grande diversité d'aspects. La bienveillance et l'aménité naturelles, jointes à

©BIUM

l'anxiété chronique, offrent volontiers l'image d'une âme séraphique endolorie, alors que l'anxiété chronique sur fonds « dur » donne aux caractères ainsi définis une physionomie souvent fort déplaisante : jusqu'à l'image de la paranoïa.

Quant à la mélancolie, j'y verrai, du point de vue clinique, une sommation plus ou moins aiguë des deux syndromes d'asthénie et de diastase. Epuisement, abattement, inaptitude à l'action d'une part, angoisse de l'effort de l'autre. La mélancolie tire ses ressources de souffrance de cette convergence de l'inertie ou de l'agitation stérile par fatigue avec un véhément désir de bien faire, d'agir pour son salut et celui des siens. C'est la lutte imposée à l'asthénique, malgré l'épuisement. Cette affection implique une prédisposition héréditaire.

Quoi qu'il en soit, ce schéma n'est qu'un guide-âne. La nature ne nous offre, en nosologie, que du continu. Mais l'intérêt d'une discrimination, dans ce cas, réside surtout dans la direction qu'elle imprime à la thérapeutique. L'asthénique est avant tout un organisme las, défaillant, syncopé, inerte. C'est le repos qui le guérira. L'anxieux est un organisme en guerre civile, pathétique, souvent véhément. Il lui faut secours et arbitrage, diagnostic approfondi des maux ou des partis qui le tiraillent.

En fait, la névrose d'angoisse passe parfois à la mélancolie ; elle peut n'être qu'une phase de la lutte aboutissant à la dépression, comme un long effort, malheureusement insuffisant ou inutile, peut conduire à l'épuisement et à la chute. Il me semble ne pas m'éloigner des faits en disant que, d'une manière générale, la névrose d'angoisse est un des aspects les plus douloureux de la lutte pour la vie, dans des circonstances adverses, chez des gens qui peuvent être entièrement normaux, — les prédisposés à l'inquiétude y étant plus promptement et plus durement sujets ; que l'asthénie est un autre aspect de cette lutte, moins dramatique, puisqu'elle est fatigue, surmenage, éreintement, chez des gens normaux ou débiles. Les névroses chroniques d'angoisse et d'asthénie impliqueraient, elles, une part de prédisposition héréditaire, une vulnérabilité constitutionnelle, corporelle ou mentale, que ne confèrent guère les infortunes, disons normales, de la vie. Seules, les graves atteintes d'une maladie chronique du corps ou d'une peine épuisante de l'âme parviendraient à créer ces affections de toutes pièces. Mais ces cas-là me paraissent très rares. De même de la mélancolie, somme d'horreurs, rarement acquise, presque toujours héritée à des degrés divers.

*
**

©BIUM

Pour Achille-Delmas, la mélancolie et la neurasthénie constitutionnelle se développeraient à la faveur d'une « constitution cyclothymique », les obsessions-phobies et l'anxiété appartenant à la « constitution hyperémotive ». Je ne crois pas qu'on puisse enfermer la vérité dans ces quelques mots. L'anxiété, sous toutes ses formes, sévit dans toutes les constitutions en lutte intestine avec la vie. Précisément, les constitutions « paranoïaques » fournissent un nombre considérable d'obsédés, très difficiles à guider et à suivre. Si, en revanche, les mélancoliques paraissent bien ressortir à la constitution cyclothymique, les neurasthéniques se recrutent, à mon avis, de nouveau, dans toutes les formes de la morphologie et de la psychologie humaines.

*
**

Le rôle du caractère individuel est considérable en matière de nosologie mentale. Il me paraît primer en intérêt, et de beaucoup, la question du rattachement des individus à certains schémas de « constitution », d'ailleurs intéressants à définir. Le caractère d'un homme, n'est-ce pas une attitude générale de cet homme envers la vie ? *Le caractère détermine le choix de la névrose ; il en conditionne étroitement la variété.*

Fort ou faible, lutte ou chute, épuisement ou déchirement, asthénie ou diastase, il n'y a pas, bien entendu, que ces modes de combat et que ces issues. L'homme n'est pas toujours beau joueur. Il se contente parfois de compromis, intermédiaires entre la défaite et la victoire, de compromis plus ou moins honorables entre la soumission et la maîtrise.

Deux sortes de compromis ont mauvaise presse : ce sont les accommodats hystérique et obsessionnel.

L'hystérique m'apparaît, du point de vue psychologique et quel que soit le substratum neurologique de son mal, une âme ou, si l'on veut, une réaction d'atermoiement et d'apitoiement. L'homme sort de la lutte pour entrer dans la maladie, et l'angoisse cesse quand le « mal » a pris forme, créé fonction. L'attitude de l'hystérique n'est ni un triomphe, ni un écrasement, c'est un miracle, mais un miracle à l'envers, qui rend malade, non qui guérit. Il y a, chez les hystériques, de la passivité, le goût de l'ostentation pathétique, de la souffrance et du sanglot, la foi dans les émotions attendrissantes. Leurs accommodats nous déplaisent : *l'hystérique s'épargne la lutte et l'angoisse au prix d'une peine à subir.*

L'accommodat paranoïaque n'est accommodant que pour le malade, non pour son entourage. On l'a dit plus haut, c'est en

©BIUM

somme la solution de l'orgueil intégral. C'est la victoire des tendances égoïstes sur l'idéal. Le paranoïaque, en lutte avec la vie, ne tarde pas à s'absoudre de toute défaillance et ne s'adapte pas : aucune concession, toutes les exigences. La haine a pris la place de l'anxiété.

Et voyez la réaction de l'homme atteint de la « névrose des sinistrés », des assurés. C'est un curieux mélange de deux sortes d'accommodats : l'hystérique et l'obsessionnel (plus ou moins paranoïaque) : obsédé de la conviction d'un préjudice, assombri, colère, anxieux, il se fait un avantage de l'exhibition de ses maux, de leur publicité, de leur réclame. On voit en lui l'obsédé se doubler peu à peu d'un hystérique ou plutôt, on peut le voir réagir des deux manières. C'est une névrose hystéro-obsessionnelle.

***

La thérapeutique des névroses ?

Quelques « impressions » à ce sujet.

L'asthénie se traite par le repos du corps et de l'âme, et non par les toniques d'emblée. *L'extrême fatigue endolorit jusqu'aux images abstraites de l'effort et du devoir.* L'asthénique doit être dépouillé de sa fatigue avant d'être revêtu de force nouvelle.

L'asthénie chronique se traite par l'aguerrissement, comme l'asthénie aiguë par le repos.

L'anxiété pose toujours le problème de son origine. C'est un S.O.S. qu'il faut interpréter. Qu'elle soit d'origine haute ou basse, elle signale une dyssynergie, entre fonctions viscérales, mentales ou viscéro-mentales. *L'angoisse guérit avec l'aide de toute méthode ou de tout procédé qui fait aboutir un compromis acceptable.* Mais sympathiser, c'est s'associer et remédier à une souffrance reconnue. Qu'on appelle psychanalyse ou non l'activité du médecin qui cherche à comprendre, c'est par le secours de son affection perspicace qu'il guérit : ce n'est pas par la vertu de ses supputations métapsychologiques et de la froide proclamation de leurs résultats. Libre à chacun d'y mettre le temps qu'il requiert pour comprendre. Les plus lents ne sont pas nécessairement les plus sagaces ! J'en suis à croire encore que le médecin doit être le champion de la morale, qu'il doit prendre en main les intérêts les plus élevés de son patient, intervenir avec fougue quand il se noie, même si la Science « pure » n'exigeait qu'un procès-verbal objectif de la noyade.

©BIUM

CONSANGUINITÉ ET TROUBLES MENTAUX

PAR

MAURICE DESRUELLES et PIERRE GARDIEN

Lorsque l'on apprend qu'un malade atteint de troubles mentaux est né de parents consanguins, on a tendance à considérer cette consanguinité comme une cause prédisposante, d'autant plus facilement que l'étiologie de la maladie est souvent obscure, et surtout lorsqu'il s'agit d'une psychose constitutionnelle où l'influence de l'hérédité n'est pas discutable. Est-ce là une opinion scientifique basée sur l'observation, ou un préjugé ancien que les médecins partagent avec l'opinion publique ?

Il serait imprudent de donner sur ce sujet une opinion sans qu'elle ait fait l'objet de recherches personnelles tout au moins bibliographiques. C'est une question complexe qui a été longuement étudiée et passionnément discutée au cours du siècle dernier. Il nous a donc paru utile de donner une brève analyse objective des travaux les plus importants qui ont traité de l'influence de la consanguinité dans l'étiologie des troubles mentaux, et d'en tirer des conclusions basées sur la documentation réunie.

L'observation de l'influence de l'hérédité sur l'aliénation mentale est fort ancienne. Darwin, Crichton, Cox, Haslam, Hallaran, Pinel, Esquirol comme Spurzheim considéraient l'hérédité comme la cause la plus ordinaire de la folie. Il était facile dès lors d'admettre que la consanguinité était une aggravation de l'hérédité. Toutefois, Pinel (Traité sur la manie, an IX) et Georget (de la folie, 1820) ne parlent pas de consanguinité. Fodéré, dans son *Traité de Médecine Légale* (1813) approuve la législation (Code Napoléon) de son époque, qui prohibe le mariage en ligne directe entre les ascendants et descendants dans la même ligne ; entre le frère et la sœur en ligne collatérale ; entre l'oncle et la nièce, la tante et le neveu : « certes indépendamment de l'intérêt des mœurs, rien ne détériore autant l'espèce humaine que les mariages faits dans la même famille ». Pour Esquirol, c'est à des

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Juillet 1935.

©BIUM

alliances consanguines répétées qu'il fallait attribuer l'abâtardissement de la race et la fréquence de la folie dans les aristocraties de l'Europe au XVIII[e] siècle ; et dans son *Traité des maladies mentales* (1838), Esquirol, après avoir affirmé que « l'hérédité était la cause prédisposante de la folie la plus ordinaire », ajoutait que « cette prédisposition était remarquable en France, chez les grands seigneurs qui sont presque tous parents ».

En 1839, dans ses « recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale », Parchappe ne parle pas de la consanguinité. W.-C. Ellis écrit, dans le « Traité de l'aliénation mentale » (traduct. 1840), que les mariages entre parents consanguins produisent les enfants prédisposés à la folie... ce fait ne saurait être trop généralement connu, et l'on ne saurait trop en prévenir les résultats. Esquirol, qui avait annoté cette traduction, ajoute : « La consanguinité est peut-être une des causes qui rendent l'aliénation mentale si fréquente dans la noblesse et dans certaines familles illustres ; et la loi civile qui proscrit le mariage entre proches parents est fondée sur un précepte hygiénique de haute importance. »

Pour Benoiston de Châteauneuf (mémoire sur la durée des familles nobles en France, *An. d'hygiène,* 1846), les aristocraties réduites à se recruter dans leur propre sein, s'éteignent peu à peu. En 1847, Prosper Lucas publie son *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle;* il y proclame la nécessité d'exclure de l'union conjugale les membres de la même famille, quels que soient leur état de santé et l'état de santé de la famille : « L'expérience prouve que la consanguinité cause l'abâtardissement de l'espèce et de la race, la duplication et le redoublement de toutes les infirmités, de toutes les prédispositions fâcheuses du corps et de *l'âme,* l'hébétude de toutes les facultés mentales, l'abrutissement, la *folie,* l'impuissance, la mort de plus en plus rapprochée de la naissance chez les produits. »

Guislain publie, en 1852, ses « Leçons sur les phrénopathies ». « Le croisement des races est indispensable au perfectionnement intellectuel », et il affirme que « le mariage contracté entre des personnes unies par les liens du sang » est une cause très favorable au développement de l'aliénation mentale. Pour Ménière (du mariage entre parents, mémoire lu à l'Académie de médecine le 29 avril 1856), « c'est dans les pays où les mariages entre consanguins sont le plus en usage que l'on observe, dans toute sa laideur, la dégradation de l'espèce, l'abâtardissement de la race ; là règnent le crétinisme, l'idiotie, la surdimutité de naissance, etc... »

©BIUM

Dans un article des *Annales médico-psychologiques* (1856), intitulé « les causes de la folie », Trélat ne parle pas de la consanguinité.

Morel, dans le « traité des dégénérescences de l'espèce humaine », cite P. Lucas, Hartmann, John Sebrigt, Sinclair, Princeps, Giron, d'Houdeville, etc... et ajoute : « Il est facile de concevoir que, pas plus que l'homme, l'animal n'est soustrait aux inconvénients de la dégénérescence dans les cas de propagation indéfinie entre individus issus les uns des autres... et si l'on y persiste, espèce, race, santé, fécondité, viabilité, tout s'éteint. » Morel ajoute : « l'hérédité et l'inconvénient des unions consanguines, sont des questions qui ont été examinées par moi dans leurs rapports intimes avec la dégénérescence de l'espèce, et je n'ai pas craint de porter mes recherches sur le terrain ardu des analogies que l'on peut déduire de la physiologie et de la pathologie comparées. »

Moreau de Tours, dans « un chapitre oublié de pathologie mentale », affirme qu' « on a observé depuis longtemps, dans l'animalité, que l'accouplement de proches parents donnerait en général de mauvais produits... Pourquoi, dans l'espèce humaine, des conditions semblables ne donneraient-elles pas lieu aux mêmes phénomènes ? Quelle explication plus plausible pourrait-on donner de ce qui s'observe fréquemment dans nos grandes familles, qui, comme on sait, s'allient toujours entre elles ? » et dans un chapitre de « La Psychologie morbide » (1859), Moreau de Tours cite Esquirol, P. Lucas, Ménière.

Dans les Bulletins et Mémoires de la Société d'anthropologie de Paris (1859) Périer, qui, dans un mémoire précédent, avait voulu démontrer que les croisements de la race étaient défavorables aux peuples issus de ces croisements, recherche si les alliances entre membres d'une même famille sont dangereuses ; il affirme que les mariages consanguins ne doivent être interdits qu'à cause de leur portée morale et sociale, mais il n'admet pas que le fait seul de la consanguinité, dégagé de toute autre influence, suffise à rendre les produits des unions consanguines défectueux. Pour Périer, le danger des alliances entre parents dépendrait simplement des causes ordinaires de production de maladies héréditaires. La consanguinité en elle-même est innocente et si la famille, à laquelle les conjoints appartiennent, a le privilège de ne présenter aucune disposition morbide, cette union puisera, dans la pureté de la race, une garantie de force et de santé pour les enfants qui naîtront.

Bourgeois, dans le même Bulletin, t. I, p. 146, dans un mémoire

©BIUM

intitulé « quelle est l'influence des mariages consanguins sur les générations ? », soutient la même opinion.

Mais Boudin (même Bulletin, t. I, p. 505) est convaincu de l'influence défavorable de la consanguinité en elle-même, et il donne à l'appui de son opinion une statistique de sourds-muets, où il tend à démontrer que la surdi-mutité se produit dans les unions consanguines, même si les parents sont sains et libres de tout antécédent morbide, tandis qu'elle est rarement héréditaire.

A la Société d'anthropologie, Dally, qui avait écrit dans la *Gazette hebdomadaire,* un travail important en faveur de la consanguinité, contredit énergiquement Boudin. Cette discussion dura (Bulletins, t. III, t. IV), à la Société d'anthropologie, plus d'une année. Nous la relatons parce que Boudin, qui soutenait le point de vue dogmatique d'Esquirol, était un aliéniste, et que, dans les *Annales médico-psychologiques* de 1867, A. Foville en donna une longue analyse.

Morel, en 1860, dans le « Traité des maladies mentales », estime que : « L'hérédité se rencontrera plus souvent dans les milieux où les mariages se font entre individus trop rapprochés par le lien de la consanguinité ; c'est ce que démontre une foule de faits irrécusables. L'aliénation s'est montrée plus fréquemment dans les grandes familles de certaines contrées, et a amené, dans beaucoup de circonstances, l'abâtardissement progressif des individus, et même l'extinction de la race. » Morel cite Griesinger qui affirme, pour cette même raison, que l'aliénation est plus fréquente chez les israélites de quelques contrées, et chez les quakers du pays d'York.

En 1862, Francis Devay (de Lyon) publie un travail fort documenté, intitulé : « Du danger des mariages consanguins sous le le rapport sanitaire » où il rappelle ses travaux antérieurs sur la question (« Traité spécial d'hygiène des familles », 1846 et 1858).

Nous pouvons lire dans le « Traité pratique des maladies mentales » (1862) de Marcé : « Les mariages consanguins exercent sur leurs produits, tant dans l'espèce humaine que dans l'espèce animale, une influence déplorable au point de vue des dégénérescences de la race..., l'idiotie, l'imbécillité, l'aliénation mentale, sont encore une des conséquences les plus funestes de ces unions réprouvées par la loi civile et la loi religieuse. »

Les Traités de Morel et de Marcé ont été classiques pendant de longues années.

La même année, Boudin, dans les *Annales d'hygiène,* confirme sa thèse du « danger des unions consanguines ». En 1864, Rodet (de Lyon) publie une « note pour servir à l'histoire des mariages

©BIUM

consanguins ». Il expose que la science, qui avait refusé d'abord de s'associer aux idées populaires sur cette question, a dépassé le but, du moment qu'elle s'en est occupée ; la consanguinité est devenue, pour quelques-uns, une boîte de Pandore d'où peuvent sortir de toute pièce des maux sans nombre tels que la folie, l'épilepsie, etc., etc... Rodet publie 56 observations de mariages entre consanguins ; il n'a relevé dans leur descendance que cinq exemples de surdi-mutité dont trois peuvent s'expliquer par des causes accidentelles et non héréditaires. Il nie donc l'influence de la consanguinité sur la surdi-mutité, ce que confirme une statistique faite dans un établissement de sourds-muets. Il n'a constaté dans ces 56 familles de consanguins que neuf cas d'idiotie, et de demi-idiotie, cinq fois seulement le fait s'explique par l'hérédité ; un seul cas d'épilepsie. Il conclut : « dans la grande majorité des cas, la consanguinité est parfaitement innocente des faits désastreux dont on l'accuse ».

D'après Griesinger, « Traité des maladies mentales », 1865, « on trouve plus fréquemment une disposition congénitale à la folie dans les cas où les mariages se font dans un cercle assez restreint de familles, ou encore dans les mêmes familles ».

Dans le numéro d'avril 1865 des *Annales d'hygiène et de médecine légale,* Auguste Voisin publie une « Etude sur les mariages entre consanguins dans la commune de Batz (Loire-Inférieure) », qu'il a lu à l'Académie de Médecine, le 17 janvier 1865. L'auteur pense que pour bien étudier la consanguinité, il faut l'observer dans des populations peu nombreuses comme celle de la presqu'île de Batz dont les habitants vivent presque isolés des pays environnants et ont, depuis plusieurs siècles, l'habitude des mariages consanguins. Dans cette commune de 3.300 habitants, il existait 46 unions consanguines à un degré plus ou moins proche, cousins germains, issus de germains, au 3e degré. Ces unions ont donné 172 enfants. Deux unions seulement sont restées stériles. Aucun des enfants n'est atteint de maladie mentale. Pas de dégénérescence. La race est restée très belle et très pure. La consanguinité en l'absence de toute hérédité morbide, ne nuit en aucun façon au produit et à la race. Elle en exalte au contraire les qualités comme elle le ferait des défauts et des causes de dégénérescence.

Dans le même journal, la même année (numéros de juillet et octobre), Fonssagrives publie la traduction d'une étude de Mitchell, Inspecteur des asiles d'aliénés d'Ecosse, sur « l'influence de la consanguinité matrimoniale sur la santé des descendants ».

Mitchell, partisan du danger des unions consanguines, a suivi,

©BIUM

dans ses recherches, deux méthodes : 1° en prenant un grand nombre d'exemples de maladies considérées comme conséquence d'une consanguinité, et en recherchant dans combien de cas elles procèdent de mariages consanguins ou au contraire de mariages croisés ; 2° en faisant l'histoire d'un certain nombre de familles dans quelques localités choisies. Mitchell conclut : 1° la consanguinité est préjudiciable à la descendance. Elle prédispose à la stérilité, aux scrofules, aux malformations et aux imperfections sensorielles, aux maladies du système nerveux, à la stérilité ; 2° quand elle épargne les enfants, elle peut faire sentir son influence sur les petits enfants ; 3° les cas où elle est inoffensive sont isolés ; 4° eu égard aux troubles de l'intelligence, les mariages consanguins ont plus d'influence sur la production de l'idiotie et de l'imbécillité que sur celle des maladies mentales acquises ; 5° la proportion des idiots en Ecosse est certainement accrue par la fréquence des mariages consanguins, quoique ceux-ci ne soient pas aussi communs qu'on le pense généralement.

Ces deux importantes études ont été longuement analysées par C.-J. Berger dans les *Annales médico-psychologiques* de 1866, t. II (p. 130).

Dans les *Archives générales de médecine* (février 1865), Jules Falret publie un excellent et important travail, très documenté, sur « La Consanguinité », J. Falret rappelle l'opposition ardente et convaincue qui s'est élevée à la société d'anthropologie contre le dogme du danger des unions consanguines généralement accepté par les législations, l'hygiène et la pathologie générale de tous les temps. Après avoir exposé les arguments des partisans et des adversaires des unions consanguines, J. Falret examine les faits qu'ils ont rapportés, en particulier les affirmations de Devay, Chazarain, Boudin, Chipault, Morel, sur l'influence des unions consanguines sur l'aliénation mentale, l'idiotisme et l'épilepsie ; J. Falret regrette que ces aliénistes n'aient pas exactement fait la part qui revient à la consanguinité et celle qui appartient aux influences héréditaires en général. J. Falret examine ensuite les faits rapportés par les partisans de l'inocuité de la consanguinité (Dally, Bourgeois, Périer, Lagneau, Séguin, Ferrier, Voisin) et estime que ces exemples, observés simultanément dans plusieurs familles et pendant de nombreuses générations, sont évidemment des plus probants et en faveur de l'inocuité des mariages consanguins dans certaines conditions déterminées. J. Falret examine ensuite les preuves tirées de l'observation des animaux, celles tirées de l'histoire, des législations et de l'anthropologie, et, après avoir apprécié les arguments invoqués par les adver-

©BIUM

saires des unions consanguines, critiqué les statistiques mal établies (qui tendent à accréditer dans la science des erreurs difficiles à déraciner), résume cet important travail par ces conclusions prudentes : le fait lui-même des dangers de tout ordre que peuvent présenter ces alliances pour les générations à venir, dès à présent, est rendu très probable par le grand nombre des observations déjà connues et par les statistiques variées, quoiqu'incomplètes qui ont été publiées ; mais sa démonstration et surtout sa véritable interprétation semblent encore douteuses dans l'état actuel de la science et J. Falret fait appel à de nouvelles recherches.

Dans « un essai statistique sur la pathogénie de la folie », S. Aluison publie les résultats d'une étude faite à l'asile d'aliénés de Bonneval en 1866. Il a obtenu des renseignements sur l'hérédité de 189 aliénés : 34 n'ont rien de morbide dans leur famille, sur les 155 autres dont l'hérédité est chargée, il n'y a que trois cas de consanguinité. Pour deux de ces cas, les consanguins étaient eux-mêmes tarés, pour le troisième, les renseignements étaient insuffisants. S. Aluison cite de nombreux travaux, en particulier une communication de Lagneau à la Société d'anthropologie (*Bulletins*, 1863, t. IX) qui cite l'exemple de deux familles dont les membres, après s'être unis huit fois entre eux dans l'espace de 87 ans, de 1694 à 1781, ont encore de vigoureux descendants. Il cite une note de Ferrier sur le village de Pouillac (Gironde) où les unions consanguines sont fréquentes et où la population reste vigoureuse. Constans, inspecteur général du service des aliénés, dans un rapport au Ministre de l'Intérieur sur une épidémie de démonopathie à Morzine (Savoie), estime que « malgré la fréquence des mariages consanguins, il n'a vu ni un sourd-muet, ni un aveugle de naissance ». Par contre, Rilliet, de Genève, accusait les unions consanguines de donner des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux, et par ordre de fréquence : l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses. S. Aluison conclut que la consanguinité, c'est l'influence héréditaire multipliée par elle-même, c'est-à-dire élevée au carré, et que la consanguinité entre parents sains n'est pas une cause de dégénérescence, au contraire.

En 1871, dans le *Bull. de la Soc. d'anthropologie*, Bertillon reprend la question de l'influence des mariages consanguins. Pour lui, les restrictions aux unions entre membres rapprochés d'une même famille n'ont qu'un but de moralité, mais aucune considération physiologique ne les a dictées. Les faits n'ont pas démontré que les mariages consanguins soient favorables à la production des

©BIUM

névroses telles que l'épilepsie, le chorée, l'idiotie, etc... Dans cette discussion, ajoute Bertillon, les adversaires des unions consanguines ont brillé moins par la méthode et la rigueur scientifiques, que par la passion et leur zèle à collectionner des faits sans impartialité, sans critique. Après la discussion qui suivit cette communication, Sanson a résumé ses études faites sur les espèces animales par cette formule : « *La consanguinité élève l'hérédité à sa haute puissance.* »

En 1872, dans un article du *Dictionnaire* de Dechambre, — Fréquence des mariages entre parents, — Bertillon estime nécessaire une bonne enquête sur les mariages consanguins, alliances réputées malfaisantes par les adversaires des mariages entre parents. Dans un autre paragraphe du même article, — Parenté des époux ou mariages consanguins, — Bertillon, après avoir fait un long historique de la question, montre que les législations antiques ne prouvent rien contre la consanguinité qu'avec beaucoup de légèreté on a prétendue nécessairement fatale. On n'a pas, écrit-il, trouvé un seul exemple scientifiquement observé de peuples, de collectivités dégradés, anéantis par la consanguinité. En conclusion, Bertillon dit qu'il semble prouvé que, soit chez l'homme, soit chez les animaux, les mariages consanguins ont pour résultats de faire disparaître promptement un certain nombre de familles ainsi formées, tandis qu'ils paraissent, au contraire, épanouir les autres avec une énergie nouvelle ; en pratique il est difficile de distinguer une famille que la consanguinité doit terrasser et celle qu'elle doit fortifier, le législateur ne doit intervenir ni pour ni contre, mais organiser les enquêtes nécessaires pour élucider cet important problème.

Dans un autre article du *Dictionnaire* de Dechambre, — Mariage, Médecine Légale, — G. Tourdes, contrairement à l'opinion de Bertillon, croit que les recherches nouvelles sur le danger des unions consanguines montrent toute la sagesse des lois religieuses qui proscrivaient les mariages entre parents. Il reproduit l'opinion de Fodére : « Rien ne détériore autant l'espèce humaine que les mariages faits dans la même famille », et, d'après Tourdes, la statistique, basée sur des faits nombreux, n'a laissé aucun doute sur l'influence des mariages consanguins, au point de vue de la transmission des maladies héréditaires et du développement de certains vices d'organisation tels que l'albinisme et la surdi-mutité.

Dans ce même Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales (*Dictionnaire* Dechambre), Lacassagne écrit, sur la consanguinité, un long article, très documenté, avec une excellente biblio-

©BIUM

graphie. Il donne un historique très complet de la question, parle des « consanguinistes » et des « anticonsanguinistes », et cite cette phrase d'A. Voisin (in Art. Hérédité du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques) : « Pour ce qui concerne l'idiotisme, la folie et l'épilepsie, mes observations m'autorisent à déclarer que rien n'est moins certain que cette influence des unions consanguines. J'ai pris les observations de 1.557 malades dans les différents services de Bicêtre et de la Salpêtrière où j'ai été tour à tour médecin, et j'ai constaté que la consanguinité ne pouvait être une seule fois incriminée quoique j'aie eu bien soin d'interroger moi-même les parents. Or, si la consanguinité était une cause si décisive, j'aurais dû en observer les effets déplorables parmi ces 200 idiots ou idiotes et ces 1.357 aliénés. » Pour Lacassagne, les arguments des anticonsanguinistes, qui pouvaient effrayer les gens du monde, devaient laisser assez impassibles les médecins; quant aux consanguinistes, ils affirment que les accidents des mariages consanguins sont produits, non par la consanguinité, mais par l'hérédité. Après avoir exposé avec impartialité les arguments ou les preuves fournis par les deux camps opposés, Lacassagne estime que la consanguinité n'offre aucun danger, bien au contraire, dans les races pures : « Ce n'est pas la consanguinité qui est saine ou morbide, c'est le terrain sur lequel elle se produit... nous pouvons être certains que la proche parenté entre procréateurs doués d'un même système bien équilibré, n'est pas nuisible par elle-même. »

Dans les *Annales Médico-Psychologiques* de 1874 (II p. 346), M. Binet publie une observation (Idiotisme et consanguinité) où l'action nocive des mariages consanguins lui paraît évidente et en conclut qu'il existe une cause de dégénérescence, en dehors de l'hérédité, qui est la consanguinité.

Dagonet, en 1876, dans son « nouveau traité des maladies mentales », ne signale pas la consanguinité dans l'étiologie de la folie.

Charcot, dans ses « leçons sur les maladies du système nerveux » (1877), doute de l'influence de la consanguinité dans l'étiologie de l'atrophie musculaire progressive.

Ball, dans ses « leçons sur les maladies mentales » (1880), affirme que l'influence nocive des mariages consanguins est universellement admise, et il cite un travail de Bemin où parmi 31 enfants nés de relations incestueuses il se trouvait 19 idiots et 1 épileptique.

Dans son « Traité clinique des maladies mentales » (1881), Luys écrit : « La consanguinité paraît encore avoir des influences

©BIUM

fâcheuses sur l'état de la lignée, surtout lorsque les conjoints ont été frappés à un moment donné d'affections constitutionnelles graves. »

En 1886, Saury publie « une étude clinique sur la folie héréditaire ». Il signale, d'après Marcé, le rôle déplorable qu'exerceraient les mariages consanguins au point de vue de la dégénérescence de la race, mais il constate que les chiffres relevés par Ribot sont loin d'être défavorables à la consanguinité : « Les résultats de l'union entre personnes d'une même famille n'ont pas encore été assez élucidés pour qu'il soit possible d'en tirer des conséquences favorables. En réalité, selon la remarque de Maudsley, le danger des mariages consanguins vient surtout de ce que les individus ayant hérité les mêmes particularités de nature et ayant vécu dans les mêmes conditions extérieures, ces particularités se sont développées, et aucune variation n'a pu s'établir. » Pour Saury, il n'est pas douteux que si la race reste indemne de toute tare, les produits de la consanguinité peuvent être excellents.

Shuttleworth publie, en 1886, dans le numéro d'octobre de « The journal of mental science », une étude sur les « Rapports des mariages consanguins avec l'aliénation mentale », dont Pons a donné une analyse dans les *Annales médico-psychologiques* de 1889. L'auteur analyse les travaux de Mitchell, de Darwin fils, de Grablaun, de Langdon Down, et rend compte de ses recherches à l'asile de Lancastre. Il rappelle qu'en 1871, Sir Lubbock avait demandé à la Chambre des Communes que les mariages consanguins soient enregistrés et que cette proposition avait été repoussée. Shuttleworth conclut que la consanguinité a une influence réelle, quoique peu marquée, dans la production de l'idiotie, mais que l'élément le plus important est l'hérédité morbide, et que des mariages conclus entre deux parents absolument sains, indemnes de tout vice héréditaire, placés dans de bonnes conditions hygiéniques, n'ont aucune action nocive sur la descendance.

Dans « L'hérédité psychologique » (1887), Th. Ribot étudie la question des mariages consanguins « qui a donné lieu à de très vifs débats ». Des législations anciennes acceptent les mariages consanguins, d'autres les proscrivent ; elles traduisent évidemment, dit Ribot, les opinions communes qui ont dû s'appuyer sur l'expérience autant que sur les préjugés. Cependant, l'histoire témoigne des conséquences fâcheuses des unions consanguines chez l'homme, et on a cru en voir un effet dans l'étiolement précoce des rois Lagides et Séleucides. Ribot cite

©BIUM

ensuite l'opinion de Darwin qui admet l'inconvénient, dans l'élevage, d'unions très rapprochées continuées trop longtemps. Il donne ensuite les chiffres d'une enquête faite par Georges Darwin (fils) dans une vingtaine d'asiles d'aliénés et comprenant 4.822 aliénés dont 170 seulement issus de cousins germains. Les conclusions de cette enquête, dit Ribot, sont loin d'être défavorables à la consanguinité. Ribot ajoute qu' « il importe de distinguer entre la consanguinité saine et la consanguinité morbide. Si les parents jouissent d'une santé parfaite, la consanguinité tendra à la maintenir chez leurs descendants ; loin d'être nuisible, elle aura de très bons résultats. Mais cet équilibre parfait, qui constitue la santé physique et morale peut facilement se rompre chez les parents, et par suite s'accuser de plus en plus chez les enfants. Or, dans les mariages consanguins, il y a de grandes chances pour que la rupture d'équilibre ait lieu dans le même sens. Il suit de là que, dans bien des cas, les unions consanguines sont nuisibles et d'autant plus dangereuses que les prédispositions morbides, communes aux deux conjoints, seront plus marquées ». Ribot cite ensuite Quatrefages : « La conséquence à tirer de l'ensemble des faits paraît être qu'une proche parenté entre le père et la mère n'est pas nuisible par elle-même, mais que, en vertu des lois qui régissent l'hérédité, elle le devient souvent, et qu'en présence des éventualités qu'elle entraîne, il est au moins prudent d'éviter les mariages consanguins (Quatrefages). »

En 1890, dans son « Traité des maladies mentales », Cullerre assure que « la consanguinité est une des causes qui accélèrent la marche progressive de l'hérédité, au moins lorsqu'il existe au préalable, chez les conjoints, une tare nerveuse ou psychopathique », et à propos de l'idiotie « que l'hérédité est à son maximum si les parents sont consanguins. Point n'est besoin que la tare psychopathique soit évidente. On voit des ménages, en apparence corrects, engendrer avec persistance des idiots. Dans des cas semblables, la consanguinité multiplie l'intensité de la prédisposition ; c'est pourquoi les mariages consanguins donnent une forte proportion d'idiots ». En 1890, Mathieu, dans la « Gazette des hôpitaux », observant une famille, donne une statistique de dix-sept anormaux sur quarante-trois consanguins.

Dans « La famille névropathique », Ch. Féré rappelle les lois générales de l'hérédité de Darwin, et écrit que « la consanguinité, qui a été accusée de pouvoir déterminer à elle seule des névropathies, n'agit en réalité que par l'accumulation de l'hérédité ; des états névrosiques, peu accentués chez les deux producteurs, se trouvent multipliés et caractérisés chez le produit... ;

©BIUM

cette remarque est vraie pour une autre catégorie d'anormaux, les criminels ». « ...Non seulement les dégénérés engendrent des dégénérés, mais la déchéance s'accentue d'autant plus vite dans les descendants, que les dégénérés, par un fatal penchant dont la raison réside sans doute dans une similitude de goûts et de caractères, s'unissent fréquemment entre eux. La fâcheuse influence de la consanguinité, dans ces conditions, vient parfois activer les effets d'une double hérédité morbide, et précipiter l'extinction d'une race », et Féré donne, comme exemple, la famille royale d'Espagne.

L'auteur, contrairement à Trousseau qui incriminait la consanguinité, répète, à propos de l'hystérie et de l'épilepsie, qu'il ne peut s'agir que d'accumulation d'hérédité névropathique.

Au Congrès des Aliénistes de 1894, à Clermont-Ferrand, Brunet et Vigouroux, dans une longue et minutieuse « Etude sur l'hérédité en aliénation mentale », ne citent aucun cas de consanguinité dans leur importante statistique.

Dans le « Traité de pathologie mentale », publié en 1903 par Gilbert Ballet, Anglade rapporte qu'on a émis sur l'influence de l'hérédité consanguine des idées très diverses. Il cite les travaux de Rilliet, Mathieu, Howe, Mitchell, Cadiot, Bewin, Monis, qui ont publié des statistiques alarmantes, alors qu'au contraire Bourgeois, Séguin, Périer, Regnault, s'appuyant sur des faits pris dans leur propre famille, nient absolument les dangers de la consanguinité. Pour Anglade, la consanguinité se borne à accumuler sur la tête des descendants, par suite de l'hérédité convergente, les caractères, bons ou mauvais, des ascendants et il estime que la consanguinité est une des causes de la dégénérescence de certaines races royales, la famille de Charles-Quint, par exemple.

La même année, Auguste Brachet publie son important volume sur « La Pathologie mentale des rois de France. Louis XI et ses ascendants ». Ce travail considérable démontre en particulier que la folie de Charles VI a, parmi ses causes prédisposantes, la consanguinité répétée pendant plusieurs siècles, par accumulation d'hérédité morbide, par consanguinité « univoque ». Brachet cite Dusolier qui, dans la « Psychologie des derniers Valois », n'admet pas l'influence des mariages consanguins sur la dégénérescence des familles royales et aristocratiques et il conclut dans son introduction : « 1° La consanguinité n'est pas *par elle-même,* ni bienfaisante, ni malfaisante. Elle a simplement pour résultat d'exalter, chez le produit, les modalités (bonnes ou mauvaises) des deux facteurs. »

« 2° C'est une loi déjà ancienne et bien établie que les modalités

©BIUM

des deux facteurs s'additionnent dans les mariages non consanguins et qu'elles se multiplient dans les mariages consanguins.

« 3° Si les facteurs sont sains, la consanguinité est bienfaisante.

« 4° Si les facteurs sont morbides, deux cas à considérer : s'il y a consanguinité divergente (c'est-à-dire si l'un des facteurs est sain et l'autre pathologique), le résultat varie avec la puissance réciproque mutuelle de chacun des deux facteurs ; s'il y a consanguinité convergente (c'est-à-dire si les deux facteurs sont pathologiques), l'hérédité tend à suivre une progression géométrique (Meynert) alors que dans les mêmes conditions la progression serait simplement arithmétique pour un mariage non consanguin. »

« 5° Le principe de pathologie générale que la cause prédisposante et la cause occasionnelle sont inversement proportionnelles l'une à l'autre, régit également la consanguinité. La même résultante morbide peut être indifféremment obtenue, soit avec une consanguinité forte accompagnée d'une déterminante morbide faible, — soit avec une consanguinité faible jointe à un état morbide fort. »

De nombreux tableaux généalogiques, au cours de cet ouvrage, montrent la consanguinité répétée à chaque génération, et la fréquence des mariages de rois de France avec une cousine à un degré plus ou moins proche. Comme exemple de consanguinité multiple, nous citerons Charles V qui descend de Philippe III (fils de Saint Louis) par son arrière grand-père ; d'Agnès (fille de Saint Louis) par sa grand'mère ; de Charles d'Anjou (frère de Saint Louis) et de Béatrice de Provence (sœur de Saint Louis) par son arrière grand'mère. Sa femme, Jeanne de Bourbon, descend de Philippe III (fils de Saint Louis) par son grand-père ; de Robert de Clermont (fils de Saint Louis) par son père. Charles V et Jeanne de Bourbon descendent tous deux de Hugues IV, duc de Bourgogne. On peut rappeler ici que le mariage de Saint Louis et de Marguerite de Provence était consanguin, Marguerite était parente de Saint Louis au IV^{e} degré et le Pape leur accorda une dispense le 2 janvier 1234.

V. Galippe publie, en 1905, « L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines ». Il cite Jacoby (Etudes sur la sélection dans les rapports avec l'hérédité chez l'homme, 1888), et Ch. Féré. Il montre que la pratique des unions consanguines dans les familles royales est des plus anciennes et qu'en particulier, chez les Habsbourg, les mariages consanguins ont toujours été pratiqués à un degré de parenté très rapproché

©BIUM

comme, par exemple, entre nièce et oncle, entre cousins germains. *Mais ces unions entre les diverses branches de la famille des Habsbourg ne sauraient être considérées comme des croisements d'individus normaux.* V. Galippe donne ensuite une étude abondamment illustrée des Habsbourg et des familles souveraines de Bourgogne, d'Espagne, de Portugal, d'Italie, de France, d'Angleterre, des petits Etats allemands. Il a montré la fixation d'anomalies faciales (le prognathisme en particulier) dans une famille et la transmission héréditaire de ces anomalies. Les Habsbourg ont fixé, par des unions consanguines, un stigmate de dégénérescence évident. Si les Habsbourg avaient posé un type idéal d'humanité supérieure, ils auraient pu également le fixer et le transmettre, à moins d'admettre l'influence dégénérative du pouvoir, comme le pensait Jacoby. Galippe, cependant, croit que les familles aristocratiques n'offrant pas de stigmate de dégénérescence originel disparaissent rapidement ; *à fortiori,* celles qui possèdent et entretiennent, par des mariages consanguins, des stigmates héréditaires. V. Galippe regrette que, pour ne pas attenter à la liberté individuelle, aucune disposition légale ne puisse être invoquée pour régler les conditions de mariage entre dégénérés et malades.

J. Nolan, en 1906, dans « The Journal of Mental Science », dans un article intitulé « la possibilité de limitation de la folie par la législation », demande la suppression des mariages consanguins. Dans les *Annales médico-psychologiques* de 1902, Pilcz (Vienne) publie un article sur « les psychoses chez les juifs ». Il cite Kræpelin (*Lehrbuch fur Psychiatrie,* 1896), qui fait observer que les juifs sont prédisposés aux maladies mentales et nerveuses à un degré considérablement plus élevé que les Germains et que peut-être la prédilection des juifs pour les mariages consanguins y joue quelque rôle. Pilcz cite ensuite Kirchoff (*Lehrb. fur Psychiatrie,* 1892) et Krafft-Ebing (*Lehrbuch f. P.,* 1888) qui voient, dans les mariages consanguins (Inzucht), un grave facteur étiologique de ce que l'aliénation mentale se rencontre relativement en grande quantité chez les juifs.

*
**

Nous passerons très rapidement en revue les traités classiques de psychiatrie publiés depuis le début de ce siècle, et où il est parlé de la consanguinité. Pour Rémond (Maladies mentales, 1908), la consanguinité peut avoir une influence ; elle est surtout

©BIUM

dangereuse quand les consanguins présentent tous deux des tares ; celles-ci s'accumulent sur les descendants.

J. Roubinovitch dans « Aliénés et anormaux, 1910 » a observé des fous, des épileptiques, des idiots dont les père et mère étaient cousins germains. « Il s'agit là, dit-il, le plus souvent, sinon toujours, de familles dans lesquelles les maladies du système nerveux sont communes ; de sorte que l'union entre cousins a pour conséquence fatale d'accumuler, sur la tête de leurs enfants, un héritage pathologique renforcé... Les cousins germains qui se marient sans apporter de tares ne courent aucune espèce de risque au point de vue des anomalies de leurs enfants. S'ils apportent des tares graves, ils pourront engendrer des enfants anormaux. »

Dans son excellent volume, si riche d'expérience, (Eléments de séméiologie et de clinique mentales, 1912), Ph. Chaslin affirme que « la consanguinité est seulement de l'hérédité renforcée ».

En 1921, Barbé, dans le *Traité de pathologie médicale* (Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix), dans le tome II de psychiatrie, estime que « la consanguinité des parents ne paraît pas avoir d'influence fâcheuse, à condition cependant que ceux-ci soient sains, car s'ils ont des tares héréditaires, l'influence de celles-ci est accrue du fait même de l'hérédité.

Régis (*Précis de psychiatrie,* 1923) range parmi les causes individuelles prédisposantes aux maladies mentales, la *mauvaise* consanguinité.

Pour Rogues de Fursac (*Manuel de psychiatrie,* 1923), c'est à l'hérédité convergente que doivent être attribués les fâcheux résultats de la consanguinité. « Les mariages consanguins ne créent pas les tares, comme on le croit généralement dans le public. Ils se bornent à accentuer les tendances de la famille, que celles-ci soient heureuses ou non, et ne peuvent ainsi exercer une mauvaise influence que dans les familles dégénérées. »

Pour Lévy-Valensi (*Précis de psychiatrie,* 1926), il est vraisemblable que les hérédités doivent, selon le cas, se contrarier ou s'associer ; c'est là, sans doute, la cause de la mauvaise réputation justifiée des mariages consanguins.

M. Potet, en 1926, dans « Hygiène mentale », estime que « dans la question des mariages consanguins, il ne faut pas être intransigeant ; des enfants normaux peuvent naître d'une telle union ; mais si les qualités peuvent se transmettre quand elles viennent des parents consanguins, l'hérédité morbide se transmet également dans les unions consanguines, d'une manière plus certaine et plus énergique » (Boigey).

©BIUM

Dans la « Psychiatrie du Médecin praticien » (2e édition, 1929), Dide et Guiraud considèrent, « à juste titre, la consanguinité, surtout lorsqu'elle additionne les prédispositions morbides, comme un facteur dégénératif ».

L. Rimbaud, dans son « Précis de neurologie » (1933), écrit que « la consanguinité, additionnant les tares des ascendants, favorise l'apparition de l'épilepsie ».

*
**

Comme l'a écrit Ribot, nous venons de voir que la question des mariages consanguins a donné lieu à de vifs débats. Les faits rassemblés, les théories et les discussions formeraient un gros volume. Dans une question aussi vaste, aussi ancienne, aussi étudiée, on ne peut donner une opinion personnelle sans l'appuyer sur les travaux antérieurs. C'est pourquoi nous avons voulu passer en revue, par cette analyse chronologique et objective, les principales études qui, à notre connaissance, ont été publiées sur cette question ; il y manque les analyses de l'article très documenté de Legendre dans le *Traité de pathologie générale* de Bouchard (1895).

Ce n'est pas seulement dans un asile d'aliénés que l'on peut se faire une opinion vraiment scientifique sur cette question difficile et il serait imprudent, parce que nous avons constaté parfois que des aliénés étaient issus d'un mariage consanguin, de prendre des conclusions précises et de généraliser trop vite et trop facilement. Pour être exact, il faudrait connaître la proportion de mariages consanguins par rapport aux mariages croisés, et cette proportion établie, rechercher parmi les aliénés le nombre de ceux qui sont issus de mariages croisés et de ceux qui sont issus de mariages consanguins, comparer ces deux proportions et tenir compte, en outre, de l'influence de l'alcoolime des parents, de l'hérédosyphilis, etc... C'est là une tâche presque impossible à réaliser. Par contre, la statistique d'Aug. Voisin nous paraît absolument convaincante : dans un pays (la presqu'île de Batz), où la population est assez limitée, et où les mariages consanguins sont nombreux, A. Voisin a pu démontrer que la descendance n'est pas anormale quand les parents sont sains, et que la consanguinité — comme Perrier l'a affirmé le premier — n'a pas en elle-même une influence défavorable. A notre époque, l'exemple des Lapons est à retenir : population restreinte, dont les mariages consanguins sont fréquents, et où, malgré les diffi-

©BIUM

cultés de l'existence, la race, arriérée intellectuellement, ne dégénère, ni mentalement, ni physiquement.

Devons-nous croire, comme Falret en 1886, que les questions du danger ou de l'inocuité des alliances consanguines, si souvent discutées, sont loin d'être scientifiquement résolues, et qu'il faille faire appel à de nouvelles recherches ? Nous ne le pensons pas.

Notre mise au point montre les progrès faits, depuis un siècle environ, depuis l'époque où Esquirol était aussi affirmatif sur le danger constant des unions consanguines.

Certes, nous ne mettons pas en doute l'influence de l'hérédité dans l'étiologie des troubles mentaux ; elle est indiscutable ; la notion d'hérédité en pathologie mentale est universellement acceptée. Dans ces maladies, dites psychoses constitutionnelles (que Maurice de Fleury appelait « destinées » pour les opposer aux maladies mentales acquises qu'il appelait accidents), si l'hérédité n'est pas la cause unique, elle en est une des causes prédisposantes les plus importantes. Toutefois, à mesure des progrès de la pathologie générale, le champ des psychoses constitutionnelles se rétrécit, ou tout au moins, l'influence de l'hérédité se restreint un peu et se précise ; nous sommes persuadés que, là où on a incriminé la consanguinité seule, il intervenait d'autres causes toxiques, toxi-infectieuses, infectieuses, organiques, humorales, héréditaires ou non.

De notre étude, très objective, nous le répétons, et par prudence basée sur les opinions des auteurs, il se dégage l'impression fort nette que l'on peut diviser les travaux qui ont été faits sur cette grave question en trois périodes : la première va jusqu'à 1859, date non pas choisie arbitrairement, mais qui est celle des discussions passionnées de la Société d'Anthropologie de Paris ; la seconde qui va de 1859 à 1900 ; la troisième de 1900 à nos jours.

I. — Avant 1859, l'opinion des auteurs est unanime. Fodéré, Esquirol, Ellis, Benoiston de Châteauneuf, Prosper Lucas, Guislain, Menière, Moreau de Tours, Morel, considèrent tous que les alliances consanguines, par le fait même de la consanguinité, prédisposent leurs produits à la folie. C'est là un dogme accepté non seulement par les religions, les législations (dans un but de moralité), la littérature, mais par l'hygiène et la pathologie générale de tous les temps (Esquirol). Nous pensons, toutefois, comme Rodet, que la science a subi l'influence des idées populaires. Lorsqu'on ne trouve pas de cause déterminante et qu'on veut la trou-

©BIUM

ver, on s'efforce de donner une trop grande importance à une cause prédisposante et à généraliser quelques observations qui ne sont cependant pas la règle (*ab uno, disce omnes*).

Nous devons noter cependant que nous n'avons trouvé pendant cette période aucun auteur qui ait nié l'influence nécessairement morbide de la consanguinité ; mais Pinel, Georget, Parchappe, Trelat, ne parlent pas de la consanguinité dans l'étiologie des maladies mentales.

II. — La deuxième période de 1859 à 1900 est celle des controverses ardentes, qui commencent à la Société d'Anthropologie et se continuent dans les divers travaux que nous avons cités. Périer, puis Bourgeois, puis Dally affirment que la consanguinité seule ne peut être mise en cause ; que les produits de consanguins sains peuvent être normaux, doivent être normaux et ces idées sont appuyées par Rodet, A. Voisin, Aluison, Lagneau, Ferrier, Séguin, Constans, Bertillon, Lacassagne, Charcot, Saury, Georges Darwin, Shuttleworth, Féré, Dusolier. Dès le début de la discussion, les auteurs qui soutiennent l'influence fatale, absolue de la consanguinité, sont assez nombreux : Boudin, Trousseau, Devay, Griesinger, Marcé, Mitchell, Rilliet, Tourdes, Binet, et ils le deviennent de moins en moins avec Ball, Bemin, Luys, Cullerre, Nolan, Pilcz, Kirchoff, Krafft-Ebing. Un tableau chronologique des partisans du dogme de l'influence forcément néfaste de la consanguinité et des adversaires de cette doctrine montrerait que pendant les premières années qui suivirent 1859, ils étaient presque à égalité ; peu à peu, vers la fin du XIX[e] siècle, les auteurs qui affirment l'inocuité d'une consanguinité saine deviennent de plus en plus nombreux, les plus nombreux.

Toutefois, pendant cette période, Falret, Quatrefages, Ribot, Kræpelin ont conservé une opinion prudemment réservée, et ils ont pensé qu'il y avait d'ailleurs une conciliation possible entre les deux opinions opposées et que les unions consanguines étaient d'autant plus dangereuses que les prédispositions morbides chez les conjoints étaient plus marquées (Ribot).

Pendant cette période, Dagonet, Brunet et Vigouroux ne parlent pas de l'influence de la consanguinité sur l'étiologie des maladies mentales.

III. — Dans la troisième période enfin, après 1900, les auteurs (Anglade, Brachet, Galippe, Rémond, Roubinovitch, Chaslin, Barbé, Rogues de Fursac, Boigey, Potet, Rimbaud) sont unanimes à affirmer, à démontrer même l'innocuité des mariages consanguins conclus entre des parents sains.

©BIUM

Nous adoptons cette opinion, que nous allons résumer dans nos conclusions.

L'hérédité, c'est la loi (Ribot). De même lorsque deux races toutes deux inférieures se croisent, les produits paraissent éminemment mauvais, de même lorsque des consanguins sont tarés, leurs produits seront éminemment mauvais. Si la race reste indemne de toute tare, les produits de la consanguinité peuvent être excellents (Saury). Les hérédités peuvent, suivant les cas, se contrarier ou s'associer ; dans le cas de mariages consanguins, l'hérédité ne peut que s'associer, elle est alors non seulement double, accumulée, mais ses conséquences peuvent croître suivant une progression géométrique. Si les consanguins ont une hérédité mauvaise, il est évident que ses conséquences seront plus graves pour leur descendance que celle de l'hérédité simple paternelle ou maternelle. Lorsque l'on a observé la dégénérescence de certaines familles aristocratiques, on a eu le tort de ne tenir compte que de leur consanguinité et non des autres causes nombreuses de dégénérescence que les mariages consanguins accumulèrent (alcoolisme, syphilis, tuberculose, etc...).

Il faut tenir compte aussi de ce fait, sur lequel Ch. Féré a insisté, que les psychopathes s'unissent volontiers entre eux, se recherchent pour ainsi dire, et que des psychopathes cousins, qui rencontrent difficilement le mariage à cause de leur hérédité connue, seront en quelque sorte entraînés par les circonstances à un mariage consanguin, dont les conséquences seront désastreuses.

La consanguinité, comme le dit très justement Ribot, n'est qu'un mode de l'hérédité..., il importe de distinguer la consanguinité saine de la consanguinité morbide. L'hérédité dépend *de la nature* des conjoints. L'hérédité transmet, conserve, *accumule*. « La consanguinité élève l'hérédité à sa plus haute puissance. » (Sanson). « La consanguinité est seulement de l'hérédité renforcée. » (Chaslin). Les mariages consanguins conclus entre des parents sains ne peuvent avoir aucune influence nocive sur leur descendance. Les mariages consanguins conclus entre des parents dont l'hérédité est morbide accumuleront, renforceront, multiplieront les *prédispositions héréditaires*.

C'est à l'hérédité *convergente* que doivent être attribués ces fâcheux résultats de la consanguinité (Rogues de Fursac).

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

ALUISON. — *Essai statistique sur la pathogénie de la folie.* Paris, Parent, 1866.

ANGLADE. — In *Traité de Pathologie mentale* de Gilbert Ballet : Etiologie générale des affections mentales, p. 24.

BALL. — *Leçons sur les maladies mentales.* Paris, Asselin, 1880.

BARBÉ. — In *Traité de pathologie,* Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix : Psychiatrie, t. II, p. 95.

BEMISS. — Sur les mariages consanguins. *The Journal of psych. med. and mental path.,* 1857 ; analysé in *An. Méd.-psych.,* 1858, p. 212.

BENOISTON DE CHATEAUNEUF. — Mémoire statistique sur la durée des familles nobles en France. In *An. d'hyg.,* janvier 1846, n° 27, et in *Mémoires de l'Académie des Sciences morales et politiques,* 2e série, t. V.

BERTILLON. — *Bull. de la Soc. d'anthropologie,* 1871 ; analysé par A. Foville in *An. Méd.-psych.,* 1875, I, p. 131.

— Art. mariage in *Dict. encycl. des Sciences médicales,* 1872, p. 59.

BINET. — Idiotisme et consanguinité. *An. Méd.-psych.,* 1874, t. II, p. 316.

BOUDIN. — Danger des unions consanguines et nécessité des croisements. *Bull. Soc. anthrop.,* 1859, t. I, p. 505, et in *An. d'hyg. pub.,* 1862, t. XVIII.

BOURGEOIS. — Quelle est l'influence des mariages consanguins. *Thèse Paris,* 1859.

BRACHET. — *Pathologie mentale des rois de France.* Paris, Hachette, 1903.

BRUNET et VIGOUROUX. — Contribution à l'étude de l'hérédité en aliénation mentale. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes,* Clermont-Ferrand, 1894.

Bulletins de la Société d'anthropologie de Paris, années 1859 et 1860 ; analysés par A. Foville. *An. Méd.-psych.,* 1867, p. 111 et sq. Travaux, discussions et rapports de Périer, Dally, Boudin, Bourgeois, Sanson, Lagneau, de Ranse.

CHARCOT. — *Leçons sur les maladies du système nerveux.* Paris, Delahaye, 1877.

CHASLIN. — *Eléments de sémiologie et de clinique mentales.* Paris, Asselin et Houzeau, 1912.

CHAZARAIN. — Du mariage entre consanguins considéré comme cause de dégénérescence organique, etc. *Thèse Montpellier,* 1859.

CHIPAULT. — Etude sur les mariages consanguins. *Thèse Paris,* 1863.

Congrès médical de France tenu à Lyon, Paris, 1864.

CULLERRE. — *Traité pratique des maladies mentales.* Paris, J.-B. Baillière, 1890.

DALLY. — *Bullet. de la Soc. anthrop.,* t. III, p. 150, t. IV, p. 514.

— Des dangers attribués aux mariages consanguins. *Gazette hebdomadaire,* 1862, p. 499.

— *Recherches sur les mariages consanguins et les races pures.* Paris, Masson, 1864.

DARWIN (Georges). — Des mariages consanguins. In *Journ. of the Statistic.* juin 1874 ; analysé par Bertillon dans « La Nature », 1876, nos 148-149.

©BIUM

DEVAY. — *Hygiène des familles,* 1re édit., 1846, 2e éd., Paris, 1858 ; analysé in *An. Méd.-psych.,* 1859, p. 490.

— *Du danger des mariages consanguins.* Lyon, Savy ; analysé in *An. Méd.-psych.,* 1857, II, p. 467.

— *Du danger des mariages consanguins sur le rapport sanitaire.* Paris, Masson, 1862.

DIDE et GUIRAUD. — *Psychiatrie du médecin praticien.*

DUSOLIER. — *Psychologie des derniers Valois.*

ELLIS (W. C.). — *Traité de l'aliénation mentale,* trad. par Archambault, enrichi de notes par Esquirol. Paris, J. Rouvier, 1840.

ESQUIROL. — *Des maladies mentales.* Paris, J.-B. Baillière, 1838.

FAIVRE. — *Congrès médical de France,* Lyon, 1864.

FALRET (Jules). — La consanguinité. *Arch. gén. de médecine,* février 1865, et page 356 in *Les Aliénés,* Paris, J.-B. Baillière, 1890.

FÉRÉ. — *La famille névropathique.* Paris, Alcan, 1894.

FODÉRÉ. — *Traité de médecine légale.* Paris, Janinet, 1813, tome I, p. 344.

GALIPPE. — *L'hérédité des stigmates de dégénérescence.* Paris, Masson, 1905.

GRIESINGER. — *Traité des maladies mentales,* trad. par Doumic, accompagné de notes de Baillarger. Paris, Delahaye, 1865.

GUISLAIN. — *Leçons orales sur les phrénopathies.* Paris, J.-B. Baillière, 1852.

JACOBY. — *Etudes sur la sélection dans ses rapports sur l'hérédité chez l'homme.* Paris, 1881, cité par Galippe.

LACASSAGNE. — Article consanguinité in *Dict. encycl. des sc. méd.,* Paris, 1876. Bibliographie très complète.

LAGNEAU. — *Bull. Soc. anthropologie,* t. II, p. 335.

— *Bull. Soc. anthropologie,* t. IX, 1863, p. 176.

LE GENDRE. — L'hérédité et la pathologie générale, in *Traité de path. gén. Bouchard,* t. I, p. 270, 1895.

LEGRAND DU SAULLE. — *Leçons sur la folie héréditaire,* Paris, 1873.

LÉVY-VALENSI. — *Précis de psychiatrie,* Paris, J.-B. Baillière, 1926, p. 16.

LUCAS (Prosper). — *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux,* Paris, J.-B. Baillière, t. I, 1847, t. II, 1850.

LUYS. — *Traité clinique des maladies mentales,* Paris, Delahaye, 1881.

MARCÉ. — *Traité pratique des maladies mentales,* Paris, J.-B. Baillière, 1862.

MATHIEU. — *Gazette des Hôpitaux,* 1890, p. 1260.

MAUDSLEY. — *La pathologie de l'Esprit,* trad. Germont, Paris, 1883, p. 129.

— *La Médecine générale française,* nos de février et mars 1935.

MÉNIÈRE. — Recherches sur l'origine de la surdi-mutité, in *Bull. Acad. de médecine,* t. XXI, 1856, p. 702.

— *Du mariage entre parents,* mémoire lu à l'Académie de Médecine le 29 avril 1856.

MITCHELL. — Influence de la consanguinité matrimoniale. *Edimburg medical journal,* 1865 ; trad. par Fonssagrives in *An. hyg.,* 1865, pp. 44 et 241 ; analysé par Berger in *An. Méd.-psych.,* 1866, t. II, p. 130.

MOREAU DE TOURS. — *Psychologie morbide,* Paris, Masson, 1859.

MOREL. — *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine.* Paris, J.-B. Baillière, 1857, p. 524.

— *Traité des maladies mentales,* Paris, Masson, 1860, p. 114.

NOLAN. — Possibilité de la limitation de la folie par la législation. *The journal of mental science,* octobre 1906 ; analysé par Parant in *An. Méd.-psych.,* 1909, p. 315.

©BIUM

PÉRIER. — Sur les croisements ethniques, 1er mémoire, *Bull. Soc. anthropologie*, 1859, t. I, p. 69 ; 2e mémoire, même *Bulletin*, t. I, p. 187.
PILCZ. — Sur les psychoses chez les Juifs. *An. Méd.-psych.*, 1902, t. I, p. 5 ; cite Kraepelin, Kirchoff, Krafft-Ebing.
POTET. — *L'Hygiène mentale*, Paris, Lefrançois, 1926.
RÉGIS et BALL. — Les familles des aliénés au point de vue biologique. *Encéphale*, 1883.
RÉGIS. — *Précis de psychiatrie*, Paris, Doin, 1923.
RÉMOND. — *Maladies mentales*, Paris, J. Lamarre, 1909.
RÉVILLOUT. — *Congrès médical de France de Lyon*, Paris, 1864.
RIBOT. — *L'hérédité psychologique*, Paris, Alcan, 1887.
RILLIET. — Note sur l'influence de la consanguinité sur les produits du mariage. *Journal de chimie, de médecine et de pharmacie*, juin 1856.
RIMBAUD. — *Précis de Neurologie*, Paris, Doin, 1933.
RODET. — Mariages entre consanguins. Lyon, Vingtrinier, 1864. *Congrès médical de France de Lyon.*
ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie*, Paris, Alcan, 1923.
ROUBINOVITCH. — *Aliénés et anormaux*, Paris, Alcan, 1910.
SANSON. — La consanguinité chez les animaux domestiques, in *Journal de médecine vétérinaire*, 1863.
— *L'hérédité normale et pathologique*, Paris, 1893.
SAURY. — *Etude clinique sur la folie*, Paris, Delahaye, 1886, p. 6.
SPURZHEIM. — *Observations sur la folie*, Paris, Treuttel, 1818.
TOURDES. — Art. mariage, in *Dict. encyclop. des sc. médicales*, de Dechambre. Paris, 1876, p. 92.
SHUTTLEWORTH. — Rapports des mariages consanguins avec l'aliénation mentale. *The journal of mental Science*, octobre 1886 ; analysé in *An. Méd.-psych.*, 1889, II, p. 294.
VOISIN (A.). — Etude sur les mariages entre les consanguins dans la commune de Batz, mémoire lu à l'Acad. de Médecine le 17 janvier 1865, publié par les *Annales d'hyg. et de méd. légale*, avril 1865.
— Mémoire in *Bull. Soc. anthrop.*, t. II, p. 433 ; analysé in *An. Méd.-psych.*, 1866, t. II, p. 130.
— Article Hérédité in *Nouveau dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, Paris, 1873, t. XVII, p. 453.
WEISSMANN. — *Essai sur l'hérédité naturelle*, Paris, 1892.

©BIUM

LA VIEILLESSE
DE QUELQUES DÉMENTS PRÉCOCES

PAR

J. VIÉ et P. QUÉRON

Nous ne possédons que de bien rares renseignements sur la vieillesse des déments précoces. Les auteurs affirment qu'ils peuvent atteindre un âge avancé, sans apporter, en général, de statistiques ni d'indications précises. D'après Loew, cité par Mayer-Gross (1), la durée moyenne de la vie, chez les schizophrènes, serait de 45,4 années. En pratique, l'attention des psychiatres s'est portée sur les *états* dits *terminaux* de la maladie dont la valeur, pour les classiques, depuis Hecker, Kræpelin, Aschaffenburg, était considérable, puisque l'affaiblissement spécial fournissait le lien symptomatique entre des formes à début disparate. M. Sérieux a séparé, parmi les états terminaux graves, la démence agitée et la démence apathique.

Kræpelin a décrit huit formes terminales ; comme le remarque Bleuler, elles constituent une série ininterrompue de variétés que nous sommes incapables de délimiter les unes des autres. Aucune ne repose sur l'involution ou la sénilité. Beaucoup plus actuelle et plus conforme à l'esprit de la pathologie générale est la distinction établie par Mlle Pascal en 1911, et reprise par Berze 1914, entre les signes d'activité et les signes résiduels, la démence précoce étant conçue comme une maladie qui procède par poussées évolutives aiguës ou subaiguës, laissant après elles des séquelles plus ou moins profondes.

Il est alors bien plus aisé d'aborder l'étude de la vieillesse chez les déments précoces, en étant libéré de l'équivoque créée par la notion d'états terminaux et de rechercher comment agissent, sur

(1) MAYER-GROSS. — *Traité de Bumke*, tome IX, Schizophrénie, p. 540.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 93^e ANNÉE, T. II. — Juillet 1935.

©BIUM

la symptomatologie de la psychose, l'involution présénile et la sénilité.

D'après Bleuler 1915, la démence sénile ne survient que rarement chez les schizophrènes. Pour Mayer-Gross, la sénilité et l'artério-sclérose cérébrale, sans être exceptionnelles, se manifesteraient cependant chez eux moins souvent que dans le reste de la population, en raison de la vie calme des asiles et de la rareté de la constitution arthritique. Fleck (1) et Jaser (2) en 1928 ont décrit cette involution chez des malades autour de 65 et au delà de 70 ans. Pour eux, les phénomènes schizophréniques s'évanouissent dans la démence sénile, les idées délirantes disparaissent, seuls survivent les souvenirs antérieurs à la maladie. L'irritabilité, l'hostilité font place à une gaîté puérile. Il y aurait une sorte de normalisation du psychisme. Dans certains cas, rien ne rappellerait plus la schizophrénie ancienne.

***

Nous observons, parmi les pensionnaires de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, six déments précoces qui approchent ou dépassent la soixantaine. Il s'agit de malades calmes, qui, à la suite de poussées initiales, ont conservé des séquelles d'intensité moyenne, un seul d'entre eux présente encore de petits signes d'activité. Ce sont des déments précoces vrais, au sens restreint du mot, qui n'ont jamais eu de délire cohérent. On trouve parallèlement chez eux des signes de démence précoce et des phénomènes d'involution artérioscléreuse, à des degrés divers, qui permettent de les ranger à première vue, suivant le dosage des deux séries, en une gamme naturelle. C'est dans cet ordre, éminemment suggestif pour notre étude, que nous les passerons en revue.

Observation I. — Guillaume Fr... 67 ans, ancien chauffeur. *Démence précoce à début paranoïde. Signes d'activité épisodiques, délire incohérent, réinsertion nulle, sénilité.*

Interné une première fois à l'âge de 30 ans, pendant trois mois, en 1897, puis définitivement le 26 février 1900, pour « hallucinations de l'ouïe, insomnie, vertige mental, idées de persécution, incapacité de travailler » (Eug. Charpentier) ; classé par Magnan dans la « dégénérescence mentale avec hallucinations, idées de persécution, excita-

(1) Fleck. — Communication au Congrès des psychiatres allemands, Vienne, sept. 1927. *Ueber Beobachtungen bei alten Fällen von Schizophrenie.*

(2) Jaser. — Ueber den Einfluss des Greisenalters auf die Gestaltung schizophrener Prozesse. *Allg. Z. Psychiatrie*, n° 89, 1928.

©BIUM

tion passagère, quelques excès de boissons », par Aug. Marie (13 nov. 1908) comme « dégénérescence mentale avec confusion mentale chronique »; le 18 mai 1920, Bourdin indique : « débilité mentale avec rires niais, inconscience de sa situation, incapacité de tout travail, se croit 20 ans, sommeil irrégulier, a eu de la faiblesse générale, jambes enflées, vomissements, état physique actuellement satisfaisant ».

Rogues de Fursac porte le 5 mars 1925 le diagnostic de démence précoce et envoie Guillaume à la Colonie d'Ainay.

Il s'agit en effet d'un dément précoce qui n'a jamais cessé sur un fond d'affaiblissement net, de présenter de petites poussées évolutives avec subexcitation, discordance, hallucinations, délire réduit à des bribes incohérentes.

Placé dans une famille, il est assez docile, mais ne peut se conduire seul, s'attache aux pas de son camarade de placement ; à la mort de ce dernier, il s'égare et ses nourriciers le rendent. Depuis 1928, il se trouve chez des paysans très patients, ne sort jamais de la cour ou du pré adjacent à la maison, s'y promène, la pèlerine toujours rejetée sur l'épaule, en riant souvent seul, en marmonnant des mots incompréhensibles. Il ramasse des feuilles, des brindilles, les tortille, en bourre ses poches, ou les mâche longuement. Il reste malpropre et ne prend aucun soin de sa personne.

Dans les premières années, il était par moments coléreux et impulsif, il injuriait grossièrement la nourricière. « A chaque nouvelle lune, nous dit cette brave femme, il devient jaune, fait alors du bruit, dort mal, cause avec Mme F... (sa femme) toute la nuit. » Il est maintenant plus calme, beaucoup moins irritable, mais toujours incapable d'aucune occupation si minime soit-elle.

Guillaume se présente comme un vieillard courbé, aux rares cheveux blancs, une barbe blanche encadre son visage allongé, ridé, au teint jauni. Il ne peut fournir aucune réponse suivie, ni pertinente aux questions, ne donne ni son nom, ni celui de sa nourricière, ni le lieu, ni la date, ni son âge, mais des bribes délirantes, incohérentes et ambivalentes ; ainsi : « vous me faites bien souffrir (rire) ; — je sais pas, il faut pas y toucher, il vous mordrait (rire) ; — quand je suis venu au monde, faut qu'il s'y trouve... »

Les signes de catatonie sont très nets : opposition à l'examen physique, absence de détermination motrice, persistance des attitudes imposées. L'avant-bras étant à demi-fléchi sur le bras, le malade s'oppose à une flexion plus prononcée. On presse sur le tendon inférieur du biceps, contracté, l'avant-bras s'élève d'une dizaine de degrés et s'y maintient. La même manœuvre produit plusieurs fois de suite un résultat identique.

La mesure de la tension artérielle, avec l'appareil de Pachon, révèle un phénomène curieux (15 mars 1934). On note pour la tension 18, un indice oscillométrique de 1 1/2 ; pour la tension 15, un indice de 3 ; pour la tension 13, l'indice tombe à 1/2. Surpris de

©BIUM

trouver une minima aussi élevée, nous attendons 10 secondes et reprenons nos mesures. On obtient alors :

Pour la tension 13, un indice oscillométrique de 3
Pour la tension 12, un indice oscillométrique de 1 1/2
Pour la tension 11, un indice oscillométrique de 1/4

Le même phénomène se reproduit encore deux fois après de nouveaux arrêts de 10 secondes.

Pour la tension 11, un indice oscillométrique de 3 1/2
Pour la tension 10, un indice oscillométrique de 1
Pour la tension 9, un indice oscillométrique de 1/2

Puis :

Pour la tension 9, un indice oscillométrique de 2
Pour la tension 8, un indice oscillométrique de 1/2
Pour la tension 7, un indice oscillométrique de 1/4

Il existe ainsi une série de *paliers de décontraction tensionnelle* avec étranglement momentané de l'indice oscillométrique, phénomène très comparable dans le domaine de la vaso-motricité, aux troubles catatoniques observés au niveau de la musculature striée.

Les réflexes tendineux sont vifs, les réflexes pupillaires existent.

Nous reviendrons plus loin sur les épreuves praxiques qui mettent en évidence les *dyspraxies* caractéristiques de la démence précoce avec leurs processus de suspension, de substitution et d'itération.

Les tests de Binet et Simon ne peuvent être pratiqués.

Ajoutons que Guillaume est décédé par broncho-penumonie le 27 mars 1935.

Il s'agit donc, en résumé, d'un dément précoce vieilli plus encore que son âge ne le comporte, présentant encore des signes nets d'activité catatonique, notamment dans les domaines moteur et vasculaire, des dyspraxies multiples, une incohérence délirante totale du langage. Avec la vieillesse, les réactions négativistes ont diminué d'ampleur et d'intensité.

Observation II. — Gabriel A... 59, ans, ancien graveur sur métaux. *Démence précoce stabilisée, réinsertion délirante très partielle, début d'involution présénile.*

Interné à l'âge de 22 ans, le 30 juin 1898 pour « dégénérescence mentale avec dépression mélancolique, excitation par intervalles, mutisme, appoint mélancolique, idées de persécution et de grandeur, hallucinations visuelles (fantômes), actes obscènes, attitudes concentrées » (Dr Legras). Dagonet, le 26 août 1900, note : « affaiblissement des facultés, idées de persécution, impulsions ».

©BIUM

A Evreux, en 1901, il se prétend bon à tout, surveille la police, veut entrer à Polytechnique pour sauver le pays, ses idées sont complètement incohérentes. En 1928, il est toujours incohérent, mais calme ; le Dr Naudascher porte le diagnostic de démence précoce et l'envoie à Ainay-le-Château.

Gabriel est placé dans le bourg, il s'égarait dans les premiers mois. Dès 1928 il se met à aller aux cabinets chez le voisin de son nourricier ; changé de placement sur plainte de ce voisin, Gabriel a conservé depuis 7 ans cette habitude dont rien n'a pu le détourner. Il est malpropre, ne vient jamais de lui-même aux bains, ramasse toutes sortes de détritus.

Toute la journée, de son propre chef, il balaie certaines rues de la ville, le chemin de hâlage du canal du Berry, à 4 km. d'Ainay, les abords de la petite gare de Laugère. « Je nettoie les rues, les feuilles, la poussière, comme ça c'est propre. Je ramasse les ordures pour qu'il n'arrive pas d'accident. C'est bien tenu. »

Quand on demande à Gabriel pourquoi il travaille ainsi, on n'obtient que des réponses évasives : « J'entretiens la propriété, c'est la loi qui est comme ça. » Il croit avoir été condamné : « J'ai été condamné, en Nouvelle-Calédonie... Une forteresse inconnue... Suez, Panama, l'Atlantique et le Pacifique ». Il conserve le souvenir de sa maladie et des actes d'obscénité du début : « J'ai été atteint d'une paralysie cérébrale épileptique, c'est la jeunesse, une bande de criminels. Abus de mineures, attentats aux mœurs, les mettre au bagne, les assassins ».

La conversation est à tout instant coupée par l'intrusion des bribes du délire incohérent : « un complot inconnu », par le soliloque à mi-voix qui conserve la prédominance, par la fixation dans les attitudes stéréotypées, yeux baissés, tête dans la main. Le fond de l'expression est nul, mais par instants, ce sont des hypermimies subites et discordantes : concentration inquiète, rires vagues, profonds plis verticaux qui tout à coup barrent le front d'un double hameçon.

Gabriel ne connaît pas l'année, ni le mois, mais le jour, l'heure ; il sait être à Ainay, ne donne qu'après insistance le nom de sa nourricière, il ne se perd pas. Il n'a aucun contact avec l'entourage.

Les épreuves praxiques mettent en évidence des dyspraxies relevant du seul processus de suspension. Les tests de Binet et Simon indiquent un déficit important : niveau global de 7 ans, du type échelonné propre à la démence précoce avec base de 5 ans et épreuve maxima de 12 ans.

Les réflexes tendineux sont vifs, les pupillaires existent, les réflexes de posture du biceps sont prolongés, du type catatonique. Tremblement des mains, onychophagie.

Tension artérielle : 15-8-1/2 ; indice oscillométrique : 4 ; cœur normal, la pointe un peu en dedans.

©BIUM

Chez Gabriel, on constate donc des séquelles de démence précoce stables depuis de nombreuses années, avec stéréotypies, soliloque incohérent, bribes délirantes, réadaptation très partielle à un monde non identifié. La part de l'involution présénile semble très minime. Chez les sujets suivants, elle sera de plus en plus appréciable.

OBSERVATION III. — Léon M..., 62 ans, ancien artiste-peintre. *Séquelles de démence précoce, sans élément délirant, réinsertion partielle, sénilité prématurée.*

Intelligent, doué d'un réel talent artistique, normal jusqu'à 24 ans, Léon fut élève de Bonnat et de Paul Renouard. Il obtint des médailles dans les concours et se spécialisait comme dessinateur animalier.

Il fut interné à 30 ans, le 29 juin 1903, pour « débilité mentale avec accidents alcooliques, hallucinations, accès d'agitation, aurait menacé de frapper les personnes de son entourage avec un marteau. Trois personnes ont pénétré nuitamment dans sa chambre et l'ont palpé dans un sens contraire à la morale ». Confus et déprimé à l'entrée, il est classé le 9 mai 1904 comme dément précoce par H. Colin.

Léon est transféré à la Colonie d'Ainay-le-Château, le 2 février 1906.

Calme et assez docile, il s'occupe en 1906 à dessiner. Dès 1907, il reste inerte ou se livre à un véritable automatisme ambulatoire, s'égare le 4 juin 1908, marchant devant lui. Il contracte des habitudes dont il ne sort jamais, entre dans une violente colère en novembre 1913, un jour qu'il fut question de le changer de placement. Il ne témoignait pourtant d'aucune affectivité à l'égard des nourriciers. Plus tard, pendant près de 4 ans, il s'attache aux pas d'un psychasténique obsédé, il le suit 2 ou 3 mètres derrière lui, s'arrête avec son guide, fait volte-face lorsque celui-ci pris de quelque doute, revient sur ses pas.

Plusieurs examens datant de 1915 (Dr Ameline), de 1922 (Dr Quercy), de 1932, 34, 35 par nous-mêmes, permettent des comparaisons.

Dès 1915, à l'âge de 42 ans, Léon, répondant aux questions, hésitait, émettant des « je crois, peut-être » enfilait des séries de souvenirs puérils, sans lien, répétant deux ou trois fois les mêmes membres de phrase.

En 1922, on note la conservation d'une multitude de souvenirs très précis, antérieurs à la maladie, avec tendance à les émettre dans un ordre quelconque, l'oubli des incidents pathologiques initiaux, l'inactivité complète. Léon lisait cependant des romans dont il connaissait les principaux personnages.

En ces dernières années, on est frappé par les hésitations, les répétitions, le dévidage de souvenirs beaucoup moins précis que dix

©BIUM

ans plus tôt. Léon se perd dans une foule de détails qui n'éveillent d'ailleurs en lui aucun retentissement affectif, il s'arrête, repart dans une direction différente, insouciant du point de départ.

« Voilà ce que je faisais, dit-il, quand on m'avait fait ma soupe, fait ma soupe, j'allais au Jardin des Plantes, au Jardin des Plantes. Dans le Jardin des Plantes, j'entrais par la petite porte, la petite porte, j'étais fort de ma carte, de la carte, de la carte rouge que l'Administration m'avait décernée, je prenais des croquis, je prenais des croquis, j'étais pris sur le fait de prendre des croquis... », etc...

Il cherche à rattacher les événements les uns aux autres sans arriver à conclure ; on lui demande la date : « Nous sommes le... voyons, en avril, c'était ma fête, voyons, c'était ma fête, nous sommes le 14, le 14 avril, mon parrain m'avait... Léon Hippolyte N..., Léon-Victor M..., c'est bien simple, c'était... nous sommes le 14 avril, c'était le 10 ou le 11 avril... »

D'un livre, les « Mille et un fantômes », d'A. Dumas, qu'il lit, il ne retient plus que des détails vestimentaires, un pantalon de velours, des vêtements de brocard, comme du temps de la royauté.

Naguère, il demeurait oisif. Depuis 25 ans, il ne dessine plus. « Je ne vais plus au Jardin des Plantes. Je fume. Est-ce qu'on est guéri, un fumeur, quand on fume. Voici mon outillage, maintenant, je ne dessine plus du tout. » Sans regret, il sort sa boite d'allumettes, sa blague à tabac. Par contre il fait les commissions de sa nourricière, il roule ses brouettes de linge à la rivière, il se rend utile. Il sait être à Ainay-le-Château, connaît le nom de sa nourricière, de ses camarades, il ne leur parle pas, mais les appelle très poliment : « Monsieur », et les dit « très aimables ».

Les épreuves praxiques sont toutes réussies (pour le pied de nez, il met quelquefois le pouce au niveau de la bouche).

Les tests de Binet et Simon accusent un niveau total de 10 ans, avec niveau basal de 9 ans, aucune réussite à 10 ans, par contre une question de 12 ans, quatre de 15 ans sont bonnes, ce qui atteste un très bon niveau ancien.

Morphologie normale, mais avec son dos vouté, sa calvitie avancée, avec couronne de cheveux blancs, son faciès fatigué, atone, sa marche à petit pas, Léon a l'air d'une vieillard bien âgé.

Réflexes tendineux normaux, tremblement léger des mains, incertitude du tonus musculaire, anticipation, conservation des attitudes mises en évidence lors de la recherche du réflexe de posture bicipital, qui est du type catatonique. Réflexes pupillaires normaux.

Tension artérielle un peu élevée : 17 1/2-10 ; indice très ample : 9. Les bruits du cœur sont durs.

L'action de la sénilité précoce s'est marquée par l'imprécision accrue de la mémoire des faits anciens, par la diminution du négativisme qui rend l'activité résiduelle utilisable.

©BIUM

OBSERVATION IV. — Jean-Louis G..., 64 ans, ancien imprimeur. *Séquelles de démence précoce sans élément délirant. Hypertension artérielle, artério-sclérose cérébrale permettant la réinsertion utilisée.*

Interné à 22 ans, le 2 août 1893, pour « débilité mentale avec dépression mélancolique, absence de discernement, idées incohérentes, prétentions singulières à une parenté avec la Duchesse d'Uzès, à laquelle il écrit en déclarant qu'il est son neveu. Préoccupations hypocondriaques, refus partiel des aliments ».

Vigouroux, le 2 mars 1908, pose le diagnostic de démence précoce avec confusion mentale et actes automatiques. Levet signale des stéréotypies diverses, de l'irritabilité, 1908, un état dépressif, 1927.

A la Colonie (1928), Jean-Louis se montrait parfois menaçant, impulsif, s'emportait, marchait des journées entières, allant sans but devant lui. Il était totalement oisif et détaché de l'entourage.

Depuis lors, il est devenu très calme, très propre et complaisant, fait les commissions de sa nourricière, gagne quelques sous, achète même un journal de temps en temps, qu'il paraît lire, sans en retenir rien.

Il connaît le nom de sa nourricière, de son camarade, du hameau où ils habitent. Il hésite sur la date, et à quelques années près, sur les événements de sa vie. Il a oublié les circonstances du début. Parfois, il rit sans motif, et se met à parler seul à table.

Les épreuves praxiques sont toutes réussies.

Les tests de Binet et Simon donnent un niveau global de 11 ans 2 mois, avec niveau basal de 9 ans et des réussites de 15 ans.

Jean-Louis est bien vieilli pour n'avoir que 64 ans et de plus, fortement congestif. Affaissé, les joues rouges, il a un tremblement continu qui de la tête s'étend aux épaules, avec un rythme de 160 environ par minute, les paupières sont animées de mouvements continuels.

Réflexes tendineux faibles, les réflexes pupillaires existent, les réflexes de posture sont prolongés. Aucune initiative motrice. Marche à petits pas.

Hypertension artérielle : 21-6 ; indice : 6. Au cœur, souffle tricuspidien diastolique.

Cyphose dorsale supérieure. Hernie inguinale droite, varices à la jambe droite. Myopie.

Jean-Louis est un type de démence précoce résiduelle à déficit relativement léger, modifié par l'artériosclérose dans le sens de la normalisation ; le négativisme et l'impulsivité diminuant, il devient possible d'utiliser les capacités fonctionnelles sous-jacentes.

©BIUM

Observation V. — Louis D..., 73 ans, ancien commis d'agent de change. *Séquelles de démence précoce sans élément délirant ; affaiblissement important aggravé par l'artério-sclérose et la sénilité. Hypertension artérielle.*

Interné une première fois pendant 4 ans, pour alcoolisme (?) à l'asile du Mans, de 25 à 30 ans, et repris non guéri, par son père, Louis y rentre le 30 septembre 1871, à 30 ans : « Tout est modifié ; il se figure qu'il est affligé de nombreuses maladies, qu'il n'est plus propre à la génération, son père n'est, suivant lui, que son père adoptif ; il s'imagine qu'on se moque de lui, qu'un enfant ait l'air de le regarder, et il le terrassera ; il est sujet à des emportements, se livrerait facilement à la violence », etc... (Dr Leroy, du Mans).

Le 1er juin 1900, il est « atteint de démence incurable » (Dr Bouilleul, de Pontorson). Le 2 mars 1904, de « démence précoce avec attitudes et gestes stéréotypés, apathie, indifférence, aboulie, lenteur des conceptions et des réponses, inaction » (Dr Bessière).

A la Colonie (4 mars 1904), il se montre docile, mais s'égare deux fois dans les premiers mois, apathique, stéréotypé, il égrène son chapelet toute la journée sans sortir de son placement, 1909. Vers 1925, il découpe les images des journaux et les présente en échange de tous les objets qu'on lui donne comme des billets de banque.

Actuellement, très vieilli, il se trouve depuis 11 ans à l'infirmerie de Saint-Bonnet, se promène toute la journée dans le village, s'assied sur la place de l'Eglise, fait quelques commissions. Il connaît la date, le nom de l'infirmier-visiteur, celui de ses camarades d'infirmerie : « Canette, Camille et puis M. Henri » mais il ne s'est pas aperçu que M. Henri « qu'on ne voit plus » depuis deux mois était mort et remplacé par un nouveau pensionnaire. Il a gardé le souvenir de son ancienne profession et détaille les divers services de la Chambre syndicale des agents de change, où il travaillait au bureau des coupons.

Il parle d'une voix très basse, en bredouillant continuellement, comme s'il avait la bouche pleine de salive, avec un petit rire incessant, des hésitations, des reprises, des bégaiements, des interjections : Ah ! oui, Monsieur, ah ! oui, ah ! oui, ah ! oui ». Il faut approcher l'oreille pour percevoir ses paroles.

Les épreuves praxiques traduisent des dyspraxies par suspension et des abstentions pour les épreuves simples. Louis rit, regarde sa main, dit : je ne sais pas, ah ! je.. ah ! je...

Les tests de Binet et Simon indiquent un affaiblissement important, avec gros déficit mnésique, sans que les troubles de l'attention puissent être invoqués : la fixation est nettement atteinte. Le niveau global est de 7 ans, 4 mois, avec base de 4 ans, et échelonnement des épreuves réussies jusqu'à 9 ans seulement.

Louis est un petit homme, à grosse cyphose dorsale supérieure, bien vieux et tout ridé, très chauve, dont les mains tremblent sans

©BIUM

arrêt, et qui trottine à tous petits pas. Les temporales sont sinueuses, les radiales dures, la tension très élevée 26-10, indice 3.

Les réflexes tendineux sont faibles, les pupillaires existent, les réflexes de posture sont amples, avec décontraction par paliers irréguliers.

L'artériosclérose avec grosse hypertension et la sénilité aggravent ici fortement l'état physique et mental d'un sujet déjà porteur d'un déficit important.

Observation VI. — Alfred B..., 59 ans. *Séquelles de démence précoce ancienne, sans élément délirant. Artério-sclérose très marquée, hypertension, ramollissement cérébral avec hémiplégie, état démentiel profond.*

Alfred a été l'objet d'internements multiples depuis de très nombreuses années. Le 25 février 1927, M. Ducosté note : « Etat démentiel, indifférence, inaffectivité, apathie, suggestibilité, conservation relative de la mémoire, pas d'idées délirantes ni de troubles psychosensoriels ». Le 25 septembre 1933, M. P. Abély l'envoie à Ainay avec l'indication : « Démence précoce stabilisée depuis plus de 20 ans ».

1° A l'arrivée, Alfred a l'aspect d'un vieillard affaibli, parle d'un ton calme, éteint, hésitant, ne donne que des indications très imprécises sur son passé, il est né en 1876, il a 28 ans, connaît l'année, mais pas la saison, il est indifférent.

De nombreux signes attestent la démence précoce : anticipation, persistance des attitudes, raideur négativiste, apparence d'émotivité, de craintivité, de timidité contrastant avec des rires au cours de l'examen physique ; érythème de dénudation, réflexe pilo-moteur très exagéré. Réflexes tendineux très vifs avec tremblement diffus.

Hernie inguinale droite, grosses varices.

Tension artérielle élevée, 21-16, indice 3. Le rythme cardiaque est presque embryocardique.

2° *Le 7 avril 1934,* Alfred, congestionné, un peu dyspnéique, marche à petits pas. L'hypertension artérielle a augmenté : 26-11, indice 4, les bruits cardiaques sont plus claqués. Contractions fibrillaires du visage, notamment de la musculature sous-orbitaire.

Inerte et indifférent, Alfred ignore le nom de la nourricière, sait qu'il mange avec « un autre, un autre » mais, ajoute-t-il « j'aime mieux rester seul, parce que je n'ai rien à dire ». De temps à autre éclate un petit rire spontané, explosif.

Les tests de Binet et Simon révèlent un gros déficit avec niveau global de 7 ans 8 mois, base de 7 ans, aucune épreuve de 8 ans, 3 épreuves de 9 ans.

3° *deux semaines plus tard, le 21 avril 1934,* ictus avec hémiplé-

©BIUM

gie droite prédominant sur le membre inférieur, signe de Babinski bilatéral. Mutisme, inexpressivité complète.

Alfred demeure réduit à la vie végétative, marche à tous petits pas, les jambes écartées, incapable de s'orienter, n'émettant pas un son ; depuis le 10 décembre 1934, il est alité et gâteux, rit encore parfois spontanément.

L'artériosclérose cérébrale a lourdement aggravé le déficit initial et domine désormais le tableau morbide.

Tous ces malades sont extrêmement ternes, apathiques, inexpressifs, vides, à peine différents les uns des autres dans leur allure générale. Dans la foule des vieux chroniques qui encombrent les services d'asile, ils passent tout à fait inaperçus. Seule l'analyse détaillée des diverses fonctions nerveuses et psychiques peut distinguer dans leur état la part de la démence précoce, évoluant spontanément et les modifications qu'y ajoutent les processus d'involution. Nous avons tenu à préciser, au cours de chaque observation, la signature de la catatonie, sous ses formes psycho-motrices mineures, nous insisterons maintenant sur l'examen des fonctions praxiques élémentaires, des fonctions intellectuelles élémentaires, des fonctions psychiques supérieures, sur l'orientation et les rapports avec l'ambiance, sur la personnalité.

Les fonctions praxiques élémentaires. — Nous avons eu recours à la série d'épreuves de Dromard (Congrès de Dijon, 1908) qui comporte, on le sait, des mouvements autokinétiques, élémentaires, expressifs, descriptifs, réfléchis et intentionnels.

Les résultats ont abouti à un double classement, des épreuves et des malades. Les épreuves ont été exécutées correctement, non pas tant selon leur complexité théorique, que dans la mesure où elles appartenaient aux gestes habituels des sujets, et par là, n'exigeaient d'eux aucun effort, aucune spontanéité mentale, n'intéressaient en rien l'affectivité. Les mouvements simples, autokinétiques (marcher, se lever, etc.) ou élémentaires (fermer les yeux, etc.) n'ont été qu'ébauchés par les malades les plus discordants (I et II), mais bien exécutés par les autres. Parmi les mouvements descriptifs et intentionnels, les mieux réussis ont été les plus usuels : remplir le verre d'eau, allumer la bougie, faire un nœud, fermer la lettre, attraper la mouche ; le geste du piano, celui du moulin à café ont paru ignorés ou oubliés. Enfin, les mouvements expressifs, surtout le geste du baiser, ont soulevé le maximum d'hésitations et de résultats négatifs.

Quant aux malades, ils se sont répartis suivant la formule de leur déficit. 1° Guillaume (obs. I) a montré, à défaut d'apraxie

©BIUM

vraie, les dyspraxies typiques qui reflètent la catatonie et la discordance ; le barrage, l'épuisement de l'effort et le négativisme actif, la fausse suggestibilité par indétermination motrice, la persistance des incitations. Il a toujours fallu répéter les ordres, Guillaume s'arrête en cours d'exécution, marmonne, retourne ses poches, rit, conserve les attitudes jusqu'à ce qu'on lui dise de cesser. Les mouvements expressifs ne sont qu'ébauchés, les mouvements descriptifs et intentionnels donnent lieu à des erreurs plus complexes. A l'ordre de moudre du café, Guillaume étend la main gauche, disant : « Je me déchirerais. » A celui d'attraper une mouche, il pose la main à plat sur la table. Chargé de remplir le verre d'eau, il cherche le robinet partout, jusque dans la pièce voisine. On le lui montre, il remplit le gobelet, rit et boit aussitôt. Devant allumer la bougie, il enflamme l'allumette, la garde en feu à la main, se brûle un peu, allume enfin la bougie, et, ne parvenant pas à la poser debout, la couche tout allumée sur la table. Pour l'épreuve de la lettre, il met dans l'enveloppe le papier, puis la boîte d'allumettes, et ne ferme pas.

2° Chez Gabriel, et chez Louis (Obs. II et V), on n'observe que des dyspraxies par suspension, l'un croise les poignets et non les mains, étend la main sans la donner, ébauche les mouvements expressifs de la main gauche. L'autre rit, regarde sa main, n'exécute rien.

3° Les malades III et IV, artérioscléreux peu discordants, accomplissent correctement, passivement les épreuves.

Les fonctions intellectuelles élémentaires. — Envisageons-les d'après les résultats des tests de Binet et Simon, pratiqués chez nos cinq derniers malades. Les troubles de l'attention, l'absence de toute « adhésivité mentale » chez Guillaume (Obs. I) en rendaient l'emploi impossible.

Tout d'abord, leur formule générale : elle répond au *type échelonné* que l'on rencontre presque toujours dans la démence précoce, le niveau global est ici nettement abaissé, si l'on songe aux professions anciennes des malades : le graveur sur métaux arrive à 7 ans, l'ancien élève des Beaux-Arts à 10 ans, le commis d'agent de change à 7 ans 4 mois. Et il n'intervient ici, pour troubler les épreuves, ni gros troubles transitoires de l'attention, ni intrusions délirantes ou hallucinatoires : l'affaiblissement est réel et stable, qu'il relève de la démence précoce ou de l'involution surajoutée.

Ce qui est bien caractéristique de la démence précoce, c'est le contraste entre la faiblesse du *niveau de base*, c'est-à-dire de l'âge mental pour lequel toutes les épreuves ont réussi, et la dispersion d'épreuves réussies sur les années supérieures à ce niveau

©BIUM

basal. Ces réussites erratiques traduisent l'hétéronomie de l'atteinte des fonctions, elles sont, de plus, les témoins du retrait du psychisme : ce sont des reliquats du niveau intellectuel d'autrefois.

Rappelons les résultats de nos tests :

	Niveau global	Niveau de base	Epreuves échelonnées jusqu'à
Obs. II.....	7 ans	5 ans	12 ans.
Obs. III.....	10 ans	9 ans	15 ans.
Obs. IV.....	11 ans 2 mois	9 ans	15 ans.
Obs. V.....	7 ans 4 mois	4 ans	9 ans.
Obs. VI.....	7 ans 8 mois	7 ans	9 ans.

Ces deux dernières formules (surtout la dernière), les plus « tassées », pourrait-on dire, se trouvent chez les sujets les plus atteints par l'artériosclérose cérébrale.

La mémoire, chez nos vieux malades, est nettement diminuée dans toutes ses modalités. L'atteinte des souvenirs antérieurs à la psychose est parallèle à l'involution.

Les tests visent surtout la capacité d'acquisition immédiate. Aucun de nos sujets n'a répété plus de 5 chiffres. La fixation des phrases s'est montrée plus variable, l'un d'eux a atteint 26 syllabes. Le plus limité (3 chiffres, 2 syllabes) est aussi le plus âgé (73 ans) : l'action de la sénilité semble peu discutable. L'épuisement rapide de l'effort mnésique est bien accusé dans la reproduction des deux dessins de mémoire ; le premier dessin, le plus minutieusement regardé, a été le seul bien reproduit.

Cet *épuisement rapide de l'effort* psychique, si prononcé dans la démence précoce en activité, suit ici une courbe moins nette. L'épreuve des 60 mots en 3 minutes, disons-le aussitôt, n'a été réussie dans aucun cas. Mais après la première minute, le malade se reprend : il se défend de trouver encore des mots, mais engage un soliloque qui apporte, en marge de l'exercice imposé, de nouveaux éléments. Voici la troisième minute de Léon M... « Les serins... Il y avait des serins chez nous, des serins, mon père avait des serins, des petits, des serins, des serins, je ne vois pas de serins, surtout à Ainay-le-Château, ils ont des poules, deux poules, deux lapins, une poule, il n'y a plus d'œufs, allez chercher des œufs... » Le plus « normalisé » (Obs. V) obtient les meilleurs résultats (15 + 18 + 14 = 47 mots). Il fournit aussi 8 rimes.

Les épreuves de *jugement* témoignent, elles aussi, de cette diminution foncière de l'activité : seules réussissent celles qui ne

©BIUM

dépassent pas la comparaison immédiate, objective ; le jugement se montre alors fidèle ; ainsi, les suggestions de lignes sont franchies sans erreur, ce qui confirme les différences profondes entre la fausse suggestibilité par indétermination psycho-motrice des déments précoces et la suggestibilité vraie des débiles, qui se laissent prendre au jeu. Lorsque l'activité est suffisante (Obs. IV), les épreuves de jugement (questions faciles, critique de phrases absurdes, ordonner le poids) sont bien accomplies.

Par contre, chez les autres sujets, on note une carence complète lorsque la réponse doit indiquer une action à réaliser ; *l'abstention de tout pragmatisme* est bien remarquable : quand on a manqué le train : « on attend, on on on dit j'ai manqué le train, on dit je ne le prendrai pas cette fois (Obs. IV) ; faut se dépêcher (Obs. VI ; ah ! ah ! ah ! je ne sais pas (Obs. V) ; le meilleur (Obs. IV) demeure peu affirmatif : « il faut, je ne sais pas, en attendre un autre. » *Quand on est en retard,* il y a encore moins de remèdes : « Rien, y a rien à faire (Obs. IV) ; ah ! quand on est en retard, ah ! bien, c'est... ce serait comme pour le train, on dit il est trop tard, on dit : il est manqué, on a manqué l'heure, on a manqué l'exactitude de l'heure, l'heure précise. » (Obs. III).

Les fonctions psychiques supérieures. — Le trouble fondamental de la démence précoce reposerait, selon H.-W. Gruhle, dans une altération du monde des valeurs. Pour Dide, pour Guiraud, pour Hesnard, pour de Monakow et Mourgues, dans une atteinte profonde des instincts.

Nos vieux malades n'attentent plus à leur conservation. Le domaine sexuel leur demeure indifférent et fermé. A l'autre pôle, les sentiments éthiques, esthétiques et simplement affectifs sont anéantis. *Leur niveau d'appétition se borne à l'ordre alimentaire.* « Je perdais la mémoire, dit Léon, pourtant je mange bien, j'ai bon appétit. » Il a oublié les causes de son internement en 1903, mais il parle de la viande qui lui fut servie à l'Infirmerie du Dépôt.

L'absence des notions esthétiques apparaît lors de la comparaison des figures jolies et laides. Les malades semblent fuir toute appréciation subjective : « çà c'est un homme, çà c'est la physionomie d'une femme, c'est le complot inconnu ». Ailleurs, l'ambivalence est telle (Obs. V) qu'il faut prendre la main du vieillard pour qu'il désigne enfin la figure qu'il préfère : « ah, ah ah ah, celle qui est à main droite, celle qui est à main gauche aussi, ah, c'est des personnes du sexe féminin ».

La définition des notions éthiques est laborieuse, le malade s'y

©BIUM

perd. « La bonté, c'est l'intelligence, pas le... la charité... ben c'est les choses qui sont naturellement comme çà... » (La justice ?) « c'est fait dans tout et partout, les hommes comme les femmes, des puissances cachées » (Obs. II). Pour Louis (Obs. IV), qui fut 19 ans à l'asile de la Charité-sur-Loire, « la charité, j'ai le temps d'y aller à la charité, j'ai le temps d'y aller ; c'est rendre justice à quelqu'un ».

Nos vieux déments précoces ne se posent aucune question, ils sont incapables de relier entre elles leurs idées comme leurs actions ; celles-ci, bien rares, demeurent automatiques, sans cause et sans but. Toute synthèse fait défaut. Si Gabriel A. balaie sans cesse les routes, il le fait « parce que c'est le règlement, un règlement supérieur ». Il ne tient d'ailleurs nullement à cette explication qui lui paraît dépourvue d'intérêt. Il réalise un type de *conformisme* absolu ; ceux d'entre eux qui fréquentent l'église ne fournissent aucun argument de croyance, ils n'invoquent pas même l'habitude ; ils y vont « une fois pour se promener, de temps en temps — ces années-ci, j'y vais le dimanche — parce que c'est le dimanche, sans cela je l'oublierais ».

Ils ne manifestent aucun désir, le futur pour eux n'a pas de sens, les réponses sont toutes semblables : Quelque chose vous ennuie-t-il ? — Rien. Quelque chose vous ferait-il plaisir ? — Je ne sais pas. Etes-vous satisfait de votre genre de vie ? — Oui, Monsieur. Ils ont perdu, comme le disait Masselon, le désir de la liberté qui n'a aucune signification pour eux.

Le 16 avril 1935, à la fin d'une conversation, Gabriel A. (Obs. 11) a de lui-même renouvelé *le problème de Buridan* qui, cette fois encore, faillit demeurer insoluble. Au moment de sortir, il prit soudain conscience que le bureau avait deux portes. Ce fut une révélation subite et aussitôt une véritable perplexité : « Ah, dit-il, il y a deux portes ? (il rit) puis : Par laquelle faut-il que je sorte ? » Nous voulûmes l'obliger à choisir. « Montrez-moi la porte » demanda-t-il. Nous insistâmes. Gabriel se figea, tournant sa casquette dans ses doigts, soliloquant : « la nature... cette porte... prendre une décision... des choses inconnues... les arrêts forcés privés... ». Au bout d'un quart d'heure, nous répétâmes : Par où allez-vous sortir ? Gabriel rit, se décida : « eh bien, je vais essayer par là » et, délibérément, il ouvrit la porte par laquelle il était entré.

La démence précoce réalise ainsi des états de vide psychologique qui, dans les conditions normales, sont difficilement admissibles.

L'orientation et les rapports avec l'ambiance. — Ce n'est pas le

©BIUM

moindre intérêt de la colonisation familiale que d'observer les degrés, ne disons pas de réadaptation, mais de *réinsertion* de ces vieux malades dans le cadre de réalité qui leur est imposé.

Leur *orientation temporo-spatiale* peut se définir : *minimale* et *proximale*. Le plus discordant ignore tout du temps et du lieu ; il ne sort jamais du pré sur lequel s'ouvre la chambre. Il n'est pas désorienté, il est seulement non orienté. Il vit dans *l'extra-temporanéité* et *l'extraspatialité* pures. Gabriel (Obs. II) ignore la date, parle de 1923, évolue dans le monde incohérent de ses bribes délirantes, évoque la Nouvelle-Calédonie, Panama, Suez, lieux bien disparates. Par contre, il connaît la route, le canal, le chemin de fer où il s'occupe ; il lit l'heure sans hésiter et n'est jamais en retard pour les repas.

Les autres indiquent assez facilement l'heure, le jour de la semaine plutôt que la date, le nom du village et du nourricier, le nom (prénom ou surnom) du camarade de placement, mais ils demeurent incapables de replacer ces détails aussi concrets que possible dans un ensemble. La réinsertion est purement *utilitaire* et aussi *restreinte* qu'on peut l'imaginer, il s'agit en somme du chemin qui conduit à la soupe, de l'heure où l'on va manger.

Les relations avec les personnes demeurent extrêmement réduites, il ne se crée *aucun contact affectif*. « Je ne connais pas le civil », déclare Gabriel. Ces malades n'adressent pour ainsi dire jamais d'eux-mêmes la parole à leur nourricière, pas plus qu'à leur camarade. Ils ne bénéficient donc pas, à vrai dire, de l'élément sociothérapique du placement familial. Ils répondent par des phrases laconiques ou bien, s'ils se mettent, comme Léon M., à dévider des souvenirs, c'est bientôt un soliloque automatique qu'ils ne font plus ni pour eux-mêmes ni pour celui qui les entend.

L'évanouissement de la personnalité et le détachement du passé. — On ne peut se retenir d'une certaine gêne lorsqu'on se trouve seul à seul avec l'un de ces malades, et qu'il égrène des fragments de ce que fut sa vie passée. Ils ont oublié les motifs de leur internement, le sens de leur séparation d'avec l'existence réelle. Seuls les détails reviennent : « Le docteur a dit à mon père, je vais faire un certificat pour qu'il soit dans un asile d'aliénés (Obs. III) ; un monsieur est venu me chercher, il m'a emmené en calèche à la Préfecture. » Les périodes de trouble et d'agitation, le délire initial, lorsqu'il fut épisodique, ne laissent aucune trace, pas même ce sentiment pénible qui serait pathognomonique, selon Max Müller. Ils se donnent toujours l'âge qu'ils avaient lors de l'entrée, 20 ans, 25 ans, 28 ans. Rien de cela ne suscite plus d'étonnement ni de regret.

©BIUM

Léon M. parle souvent de lui à la troisième personne ou même à l'indéfini « on » qui ne se rapporte à rien. Il parle comme d'étrangers de son père : « Monsieur M., cordonnier au Havre, vous savez, Monsieur M... qui avait une boutique de coordonnier... Il y avait une dame, M..., dit-il, une dame M... (sa mère) et puis une demoiselle M... (sa sœur), elle a passé un examen pour entrer dans les postes et téléphones, il fallait qu'elle parte très tôt, elle rentrait très tard. » Souvent, il situe son récit dans le présent, c'est-à-dire encore dans l'indéterminé. Ce sont des tranches de vie anonymes, isolées, qui se mélangent plus ou moins. Et l'on a l'impression que le malade profane une vie à laquelle il a appartenu, on se demande jusqu'à quel point on a le droit de partager ces indiscrétions...

Ainsi, pour nos vieux déments précoces vides et ternes, si l'avenir n'existe plus, le passé dont ils traînent des reliquats fragmentaires comme des fardeaux de hasard, se détache progressivement. Leur personnalité s'est amenuisée au point que le présent n'aie plus que le sens de l'indéterminé. Ils ne sont pas seulement *extratemporanés*, mais *extraspatiaux* et *extrasociaux*. E. Minkowski a bien mis en valeur les grandes coordonnées fondamentales du « moi — ici — maintenant », affirmations irréductibles du dynamisme de la vie. Chez ces vieux malades, le dynamisme est bien mort, complètement et pour toujours.

*
**

En quel sens peut-on alors parler d'un processus de « normalisation » qu'apporterait l'involution sénile ?

L'étude que nous venons de faire oblige à en restreindre le sens. La sénilité, l'artério-sclérose cérébrale surviennent au terme d'une longue évolution dans laquelle la démence précoce s'est modifiée suivant ses lois propres. L'abandon à la démence, la « deuxième fêlure » (Mayer-Gross) est alors un incident lointain du passé. Même dans les formes qui n'ont plus aucune tendance active, les troubles résiduels de la démence précoce se présentent avec la totalité de leurs caractères, la dystonie catatonique existe sous tous ses aspects mineurs (petite catatonie de Mlle Pascal) dans le domaine de la psycho-motricité, de la discordance mimique, et en particulier du rire explosif qui dure autant que le malade, des dyspraxies. L'hésitation psychomotrice, signalée déjà par Dromard, la fausse timidité, la fausse suggestibilité appartiennent à la démence précoce seule. La simplification, la condensation des stéréotypies secondaires n'est pas une

©BIUM

régression, mais la marque d'une évolution vers l'unité d'expression motrice qui se manifeste avec une pureté toujours croissante (Dromard).

Au point de vue mental, l'abolition du souvenir des périodes aiguës, le détachement du passé succède à la méconnaissance systématique. Mais la personnalité elle-même a sombré dans cette amnésie vraie. L'orientation est approximative et minimale. Les malades restent au dehors du temps et de la Société, dans le milieu où on les place, sans le pénétrer. Ils sont détachés du futur comme du passé. Leur présent se réduit à une vie végétative minutieusement fixée par un mécanisme conformiste, subi sans aucun esprit critique. Les tests de Binet et Simon conservent la formule typique du trouble intellectuel. Tout ceci appartient à la démence précoce.

La sénilisation est anticipée. L'artério-sclérose se traduit par des signes physiques, avec au premier plan, l'hypertension artérielle, par le tremblement généralisé, la marche à petits pas, la continuité du ricanement qui représente la modalité univoque de la sensiblerie. Le ramollissement cérébral est une manifestation rare.

Le déficit devient plus global et plus massif, ce qui rend moins nette la discordance. Il atteint les souvenirs antérieurs à la psychose, et les reliquats erratiques de l'intelligence ancienne ; le négativisme se fait moins agressif, l'impulsivité s'atténue, le malade n'est ni normalisé, ni humanisé. Mais, vieilli, il devient supportable.

Il s'agit en réalité de nivellement, d'appauvrissement surajouté. Et l'on saisit l'intérêt du problème clinique qui consiste à démêler dans l'intrication des symptômes la part qui revient aux deux séries.

©BIUM

CONSIDÉRATIONS SUR UN CAS DE SYNDROME INFUNDIBULO-TUBÉRIEN AVEC MÉLANCOLIE. PEUT-ON PARLER D'UNE MÉLANCOLIE D'ORIGINE DIENCÉPHALIQUE ?

PAR

M. CAHANE et T. CAHANE

Nous nous sommes posé ce problème, à l'occasion d'un cas que nous voulons relater.

Le malade C. W., âgé de 36 années, entre à l'hôpital le 18-mai 1934 pour dépression mélancolique et autres symptômes nerveux.

Antécédents hérédo-collatéraux : Son père est bien portant. Sa mère n'a pas eu d'avortements ; décédée à la suite d'un accouchement. On ne connaît pas, chez les parents ou d'autres membres de la famille, de maladies mentales.

Antécédents personnels : Le malade ne se rappelle rien d'important pendant le jeune âge, seulement il a eu une scarlatine à l'âge de 4 ans. L'instruction scolaire fut médiocre, il a fait tout de même le gymnasium. Plus tard, il a accompli le service militaire. En 1923 notre malade a souffert d'une blennorragie et en 1928, donc il y a 7 ans, il a eu un chancre syphilitique. La réaction de Wassermann dans le sang a été positive. Il a suivi un traitement irrégulier. Il est marié, sa femme est bien portante, elle n'a pas eu d'enfants ou d'avortements. Il est tabagique, n'use pas de boissons spiritueuses.

Histoire de la maladie : Le malade a suivi un traitement spécifique (néo., bismuth, etc.) il y a quelques années. Ni le malade ni son père ne peuvent préciser exactement le début de la maladie. Il a commencé par présenter une indifférence affective et rationnelle. Il est resté pendant des journées entières sans rien

Ann. Méd.-Psych., xv^e^ série, 93^e^ année, t. II. — Juillet 1935.

©BIUM

faire, déprimé. Puis il a commencé à refuser les injections parce qu'elles contenaient du poison. Anxieux, il attendait toujours la mort. « Ses dents tremblaient dans la bouche », d'après l'affirmation du malade, il présentait aussi de l'insomnie, quelquefois de l'agitation, etc. Dans cet état il fut conduit à l'hôpital par son père.

Examen somatique : Taille 1 m. 64. Poids 65 kgs. Constitution pyknique. Les téguments sont pâles. La face antérieure du thorax est couverte de poils abondants. Le tissu cellulo-graisseux est bien développé sur tout le corps, ayant une prédilection pour la partie inférieure du ventre, rappelant la disposition du syndrome adiposo-génital. Le périmètre du crâne est de 57 cm. La demi-circonférence droite est de 29, la demi-circonférence gauche 28 cm. Le diamètre antéro-postérieur est de 19 cm. ; le diamètre transverse est de 15 cm. L'indice cranien est de 78, mésaticéphale. Aucune déformation du crâne. Les cheveux châtains sont bien implantés. Les oreilles sont bien conformées. Le facies est symétrique ; léger prognatisme du maxillaire supérieur. Les yeux présentent des pupilles égales, les réflexes photomoteur et d'accommodation ne sont pas altérés. Légère dysarthrie. Les poils du visage sont rares. Le front, droit, hauteur de 6 cm. 5, largeur de 16 cm. Les dents sont en mauvais état, beaucoup sont absentes. La moustache est châtain, aux poils rares. La circonférence du cou est de 41 cm. La glande thyroïde est palpable. Diamètre bi-acromial, 37 cm. ; diamètre bi-iliaque, 19 cm. Le sternum est long de 17 cm. Les mamelles sont proéminentes, le mamelon accentué dans sa forme. La colonne vertébrale présente une cyphose qui s'étend de la dernière vertèbre cervicale jusqu'au niveau de la 8e vertèbre dorsale. L'abdomen est proéminent. Le membre supérieur est long de 67 cm., la longueur du bras est de 36 cm., celle de l'avant-bras est de 27 cm. La circonférence du bras au tiers supérieur est 30, au tiers moyen 29 cm., au tiers inférieur 26 cm. La circonférence de l'avant-bras au tiers supérieur est 27, et au tiers inférieur 18 cm. La main est petite, de circonférence 23 cm. Les doigts sont gros, le médius est long de 8 cm., les ongles sont convexes, rappelant les ongles hippocratiques. Le membre inférieur a une longueur de 78 cm. La cuisse est longue de 51 cm., sa circonférence est au tiers supérieur 57, celle du tiers moyen est de 49, celle du tiers inférieur 34 cm. La jambe a une longueur de 34 cm. et une circonférence au tiers supérieur de 37 cm. et au tiers inférieur de 34 cm. La valeur des membres d'après Viola et Pende est de 132. Le pied est long de 25 cm., sa

©BIUM

circonférence est de 27 cm. Les réflexes ostéo-tendineux et cutanés sont présents.

Examen psychique : Le malade n'est pas tranquille, il se promène tout le temps, va et vient dans sa chambre. Il est déprimé, présente des accès d'anxiété ; il se dit gravement malade, un homme perdu. Il a des idées délirantes d'auto-accusation. Il est un malheureux et tout son malheur vient de sa négligence. Comment ne pas tomber malade après des injections de poison ? Maintenant il doit pourrir dans l'hôpital, il mérite cet état lamentable.

Bien que nous cherchions à rectifier ses déclarations et que nous l'encouragions à se soigner, il ne tient aucun compte de nos propos, les considérant comme des mensonges. Il est orienté dans le temps et dans l'espace. La mémoire est légèrement atteinte, surtout la mémoire de fixation. En faisant des efforts il nous répond correctement et exécute assez bien le calcul mental. L'attention se fixe et se maintient difficilement. Affectivité : il est déprimé, s'humilie vis-à-vis de son entourage ; l'anxiété est évidente. Délire hypocondriaque et délire d'auto-accusation. La volonté est abolie : il était un bon travailleur, mécanicien-chauffeur, maintenant il n'est capable d'aucune initiative.

L'équation personnelle est retardée.

Il affirme qu'il ne peut pas dormir à cause de son sang pourri.

Appareil circulatoire : rien d'important.

Appareil digestif : inappétence, il présente parfois une soif intense ; il boit alors 4 à 6 litres d'eau. Notons aussi la tendance à la sialorrhée. Nous le trouvons toujours crachant. Même le traitement à l'atropine n'arrête pas cette sialorrhée.

Appareil rénal : la diurèse est entre 2.000 et 6.000 cm^3 par jour. La densité de l'urine variant entre 1002 et 1008. Le sucre et l'albumine ne sont pas présents, le chlore est de 1,90 0/00, l'urée est de 14,40 0/00.

Appareil génital : bien conformé mais plus d'érections. Il ne peut plus avoir de rapports sexuels depuis deux ans. Il ne désire pas les femmes. L'impotence sexuelle est absolue.

Examens de laboratoire : la réaction Bordet-Wassermann est positive dans le sang. Formule leucocytaire : polynucléaires neutrophiles 46 0/0, grands et moyens mononucléaires 44 0/0, lymphocytes 10 0/0, globules rouges 3.680.000, globules blancs 5,300, cholestérolémie 3,21 0/00, calcémie 0,091 0/00, kaliémie 16,4 0/00. L'urée du sang est de 0,38 0/00. Réactions dans le liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann, Meinicke, Ballung-Müller, Nonne-Appelt positives.

©BIUM

En résumé, il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une infection syphilitique, présente des symptômes infundibulo-tubériens qui se caractérisent par un diabète insipide, l'impotence sexuelle, la tendance à la répartition particulière de la graisse sur le tronc ainsi qu'une mélancolie anxieuse.

Les symptômes infundibulo-tubériens sont fréquemment déterminés par la syphilis, tel notre cas, mais pouvons-nous affirmer que la mélancolie fut déterminée par la lésion de la région diencéphalique ?

Pour répondre à cette question passons d'abord en revue quelques observations cliniques qui sont à notre disposition :

A l'occasion d'un cas de mélancolie ayant précédé le parkinsonisme post-encéphalitique, C. I. Parhon et Derevici (1923) considèrent que les troubles psychiques sont déterminés par l'encéphalite épidémique dont les lésions nerveuses atteignent de préférence la substance grise et les ganglions de la base du cerveau.

Des troubles rappelant ceux de la mélancolie furent notés à la suite de la même infection par Bremer, Briand, Bosc, etc.

T. Cahane (1924) a publié un cas de mélancolie anxieuse chez une femme atteinte d'encéphalite léthargique. Il s'agit d'une femme âgée de 30 ans, domestique, qui trois mois avant a commencé à souffrir de maux de tête, de bourdonnements d'oreilles, ne peut plus travailler. Ensuite elle présente de l'insomnie très persistante. Au commencement elle ne dormait que très peu ; tous les 3 ou 4 jours, le sommeil était troublé par des cauchemars. Plus tard l'insomnie augmenta encore, en même temps apparut la rigidité de la nuque, les mouvements ne s'exécutaient que difficilement, la tête était devenue lourde. Deux mois plus tard apparurent aussi des tremblements des membres supérieurs et inférieurs qui cessaient pendant les actes volontaires. Le visage était atone, la figure figée, le regard fixe. Au point de vue psychique elle était dans une agitation permanente, fuyant d'un coin à l'autre du salon. Elle se disait persécutée par tout le monde, car tous voulaient lui faire du mal, la faire mourir, l'empoisonner par les médicaments ou par les aliments. Même le drap du lit ne fait que lui cacher la mort, le lit est son tombeau, etc. Cet état était variable ; la malade devenait brusquement douce et demandait pardon à ceux qu'elle avait offensés, les embrassait, etc. « Où est ma tête, je perds ma tête », disait-elle quand elle était plus tranquille. L'anxiété dominait le délire.

Nous avons eu l'occasion d'observer une malade post-encépha-

©BIUM

litique qui présentait un état mélancolique avec délire hypocondriaque. Cette malade était aménorrhéique, ce qui nous a suggéré d'essayer un traitement ovarien. Observée par nous pendant 4 à 5 années, cette femme a présenté une amélioration notable à la suite de ce traitement ou après des injections d'urine de femme gravide. En même temps que les règles sont revenues, l'état mental fut amélioré.

Dans le même ordre d'idées, il faut rappeler les recherches cliniques de J. Lhermitte sur la syphilis diencéphalique. Grâce aux observations rapportées par Ch. Foix, Alajouanine et Dauptain, Agostini, Marchand, Lhermitte et Kyriaco, Souques, etc., Jean Lhermitte a pu préciser les traits les plus caractéristiques du syndrome infundibulo-tubérien déterminé par l'infection syphilitique. On y trouve rassemblées et mêlées des perturbations qui portent à la fois sur la régulation de l'eau dans les tissus, sur la fonction hypnique, sur l'activité génitale, sur le développement du tissu adipeux, enfin parfois sur l'activité psychique, par exemple des perturbations de l'humeur et du caractère. Le même syndrome peut être réalisé par un autre processus infectieux.

En raison de l'intérêt que paraissent présenter les troubles de l'activité psychique, nous nous permettons de mettre en relief le cas rapporté par Lhermitte et Kyriaco. Chez une malade âgée de 37 ans, devenue d'une adiposité monstrueuse, étaient survenus des symptômes de polydipsie, de boulimie, de polyurie, de narcolepsie et une aménorrhée complète. L'intelligence était conservée, la mémoire et l'affectivité au contraire apparaissaient nettement perturbées. L'humeur était devenue capricieuse et changeante, souvent la malade se sentait envahie par un sentiment de tristesse qui l'obligeait à pleurer sans raison.

Un cas semblable fut rapporté par M. J. Dereux. Il s'agissait d'un syndrome infundibulo-tubérien déterminé par la syphilis. Le sujet devint obèse avec répartition de la graisse du type féminin, impotence sexuelle et modification des caractères secondaires, régression du pénis et disparition des poils du visage, du pubis et des aisselles, enfin on constatait encore une narcolepsie, mais ce qui nous intéressait surtout c'était « les idées noires », selon l'expression du malade, des sentiments d'anxiété et d'angoisse, la dépression mélancolique et la tendance au suicide. Tous ces symptômes ont cédé au traitement antisyphilitique.

Les faits cliniques que nous avons rassemblés suggèrent l'idée d'une relation directe entre les troubles de la région infundibulaire et les symptômes mélancoliques.

©BIUM

Certains auteurs ont publié des cas où des symptômes maniaques ont été observés par lésion de la même région, ce qui a fait émettre à notre maître C. I. Parhon l'hypothèse que la manie et la mélancolie représentent peut-être les syndromes d'excitation et de déficit d'un même centre nerveux.

Déjà Buscaino a localisé dans ces mêmes régions l'appareil central des fonctions affectives.

Nous-mêmes, récemment, nous sommes revenus sur cette question en rapportant un cas clinique de manie associée au parkinsonisme. Damaye et Denelles, dans un cas d'excitation maniaque chez une malade tuberculeuse, ont observé de légères lésions encéphalitiques périvasculaires dans la région optique.

Förster vient de décrire, d'une façon d'ailleurs schématique, les troubles mentaux dans les lésions du troisième ventricule, l'atteinte de la partie antérieure causerait un syndrome maniaque, celle de la partie postérieure un syndrome d'obtusion, voire de coma. Förster relate quatre cas de syndrome maniaque dans les tumeurs quadrigémellaires.

Les faits que nous avons relatés nous suggèrent une localisation différente pour certains symptômes maniaques ou mélancoliques. Les cas que nous avons rapportés plus haut montrent l'association des symptômes de mélancolie avec des symptômes de diabète insipide, adiposité, impotence ou aménorrhée, etc. Or ces dernières perturbations sont localisées dans le voisinage des noyaux de la base du cerveau, supraoptiques ou paraventriculaires. Il ne serait pas trop hardi de penser que dans la proximité de ces centres se trouverait une localisation pour certains symptômes mélancoliques.

La complexité du syndrome mélancolique, les nombreuses modifications endocriniennes et humorales ne nous permettent pas de l'expliquer seulement par une lésion nerveuse.

C'est ainsi qu'une importante glande endocrine paraît ne pas devoir rester étrangère à ce processus. D'abord le métabolisme hydrique, celui des lipides ainsi que la fonction sexuelle sont intimement liés à la fonction endocrine de l'hypophyse.

Récemment nous avons attiré l'attention sur l'existence d'un centre nerveux diencéphalique régulateur de la fonction sexuelle. La lésion nerveuse, avec intégrité anatomique de l'hypophyse, détermine des troubles physiologiques semblables à ceux de l'extirpation de cette glande, ce qui impose l'idée qu'au moins au point de vue de la sécrétion des hormones sexuelles, le centre nerveux est régulateur de cette fonction.

©BIUM

Récemment Zondek a attiré l'attention sur la modification du métabolisme du brome dans les psychoses affectives. D'après le même auteur, la glande hypophyse, et surtout le lobe antérieur, qui a une teneur de 15 à 30 0/0, règlent ce métabolisme.

En relation avec ces faits, nous croyons qu'il est intéressant de relater le cas de H. Kufs (1) cité dans une indication bibliographique et qui concerne un malade avec méningite basale à cysticerques et cysticerque dans l'hypophyse, associé à une psychose dépressive grave.

Un cas intéressant est celui de W. Richtenhain, qui a observé une femme de 35 ans, atteinte depuis quelque temps d'amaigrissement, de chute des cheveux et d'arrêt des règles. Elle présentait un état de dépression avec anxiété qui s'aggravait de plus en plus. Il s'agissait d'une maladie de Symonds fruste. L'auteur en administrant le Preloban à obtenu une augmentation du poids du corps, l'état anxieux si alarmant a cessé progressivement et la jeune femme put de nouveau vaquer à ses occupations.

Nous-mêmes, nous avons traité une malade âgée de 48 ans, depuis 3 années en ménopause. Elle était devenue récemment insomniaque, anxieuse, préoccupée d'idées religieuses avec délire d'humiliation, « elle est condamnée pour toute la vie », délire hypocondriaque, refus d'alimentation, dépression, ne répondant pas à nos propos. Après un traitement de 6 injections d'Horpan, en 12 jours, les règles réapparurent et l'état psychique s'améliora. 18 jours après son entrée à l'hôpital elle part guérie.

Ce cas nous suggère que dans certaines mélancolies de ménopause ou d'involution, il serait intéressant de doser les gonadostimulines et les autres hormones sexuelles pour mettre en évidence la fonction hypophysaire.

On sait d'autre part le rôle important que joue le corps thyroïde dans les psychoses affectives, fait démontré par notre maître C. I. Parhon. Les constatations expérimentales d'Aron, ainsi que celles cliniques de Drouet, Etienne et Drouet, etc., nous ont déterminé à rechercher la thyréostimuline dans certaines psychoses affectives où on peut constater un hyperfonctionnement thyroïdien. Bien que nous ayons un nombre trop restreint de résultats, nous pouvons affirmer que dans certains

(1) H. Kufs. — Ueber ein Fall von basaler Cysticercen Meningitis mit cysticercen der hypophysis und schwerer depressiver Psychose und andere Fälle von Hirncysticercen. *Z. Neur.*, 1915, 30 H. 2-3, S. 286 ff.

©BIUM

cas de psychoses affectives, l'hyperfonctionnement thyroïdien est concomitant avec une augmentation de l'élimination de la thyréostimuline par l'urine. D'autre part, Collin et Drouet ont déterminé l'expansion des mélanophores chez les grenouilles injectées avec l'urine de basedowiens, ce qui est la preuve d'un excès d'intermedine dans le sang et de l'hyperfonctionnement de l'hypophyse. Blinov et Branover ont pu mettre en évidence le même test chez les malades souffrant de manie où le métabolisme basal était augmenté. Nous-mêmes dans certains cas de manie et de mélancolie avec hyperfonctionnement thyroïdien, nous avons obtenu un résultat positif vis-à-vis d'autres affections où la fonction thyroïdienne n'était pas augmentée. Nous poursuivons nos recherches que nous allons publier plus tard. Nous avons voulu seulement faire remarquer la participation de la glande hypophyse dans les psychoses affectives.

En résumé, nous pouvons affirmer que certains cas des psychoses affectives sont déterminées par une modification de l'appareil hypophyso-infundibulo-tubérien. L'hypothèse qu'il peut exister aussi une variété de mélancolie déterminée seulement par une lésion diencéphalique est plausible.

Les faits que nous avons relatés nous font réfléchir sur le mécanisme pathogénique des psychoses affectives.

Déjà en 1923, notre maître C. I. Parhon a soutenu que le problème des rapports des psychoses affectives avec les altérations de la base du cerveau doit fixer l'attention des psychiatres.

Ainsi que nous l'avons remarqué ailleurs, la difficulté du problème réside dans le fait que dans la majorité des psychoses affectives existent des troubles fonctionnels et réversibles que nous ne pouvons pas constater par les examens anatomo-pathologiques. Des symptômes semblables peuvent être déterminés par les lésions inflammatoires, des troubles humoraux ou toxiques, des troubles endocriniens, une destruction de certains centres nerveux due à une contusion ou au développement d'une tumeur, l'involution de certains centres nerveux, etc.

Le système nerveux et surtout la région infundibulaire des malades qui, à la suite d'une lésion inflammatoire ou tumorale, présentent des troubles affectifs, est d'un grand intérêt. A ce point de vue doivent être étudiés les malades post-encéphalitiques et les cas chroniques de mélancolie (C. I. Parhon). Nous croyons que les cerveaux des paralytiques généraux qui ont présenté des troubles maniaques ou mélancoliques constituent également un matériel important pour ces études.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

1. Aron (M.). — *C.R. Soc. Biol.*, 1932, 110, p. 716.
2. Blinov et Branover. — *Volume Jubilaire en l'honneur du prof. C. I. Parhon*, Jassy, 1934.
3. Cahane (M.). — L'encéphalite léthargique et la menstruation. *Bull. Soc. R. de N.-P.*, 1925, Nr. 3.
4. Cahane (M.) et Cahane (T.). — Considérations sur un centre nerveux, infundibulaire régulateur de la fonction génitale. *Journ. belge de Neurol. et Psych.*, Nr. 5, mai 1934.
5. Cahane (M.) et Cahane (T.). — Neue Gesichtspunkte in der Pathogenese einiger Psychosen. *Psych. Neurol. Wochenschrift*, 36 Jg., 1934, Nr. 46-47.
6. Cahane (M.) et Cahane (T.). — *Clujul Medical*, Nr. 10, 1er oct. 1934.
7. Cahane (T.). — Troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique. *Bull. de la Soc. R. de Neurol., P. Ps. et End.*, 11e A., Nr. 1, 1925.
8. Drouet (P.-L.). — *Rev. franç. d'E.*, Nr. 2, avril 1934.
9. Etienne (G.) et Drouet (P.-L.). — La conception actuelle de la maladie de Basedow. *Vol. Jub. en H. du prof. C. I. Parhon*, Jassy, 1934.
10. Lhermitte, Kyriaco et Trelles. — *Rev. Neur.*, T. I, Nr. 2, 1932.
11. Lhermitte et Kyriaco. — Syndrome infundibulo-tubérien d'origine syphilitique. *S. de Neur.*, 4 juin 1931.
12. Lhermitte (J.). — La syphilis diencéphalique et les syndromes végétatifs qu'elle conditionne. *Ann. de Méd.*, T. 33, mars 1933.
13. Parhon (C. I.) et Derevici (M.). — Sur un cas de mélancolie ayant précédé le parkinsonisme post-encéphalitique, 28 oct. 1923, *Bull. de la S. R. de Neur., P. Ps. et End.*, 1924.
14. Parhon (C. I.). — *Psichosele afective*, 1925, E. Cartea, Românească, Jasi.
15. Richtzenhaim (W.). — *Theraphie der Gegenwart*, 1934, Nr. 7, p. 302.

(*Section neuro-psychiatrique de l'hôpital Diciosânmartin*).

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 11 Juillet 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 24 juin 1935 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de Mme le Dr Minkowska qui remercie la Société de l'avoir élue *membre titulaire ;*

des lettres de MM. les Drs Christy, Costedoat, Dupytout, Durand-Saladin, Lassale, Le Savoureux et Trillot, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux ;*

des lettres de M. le Dr P. Leclercq, ancien Médecin-Directeur adjoint de la Maison de Santé de Vanves, Médecin-résidant à la Maison de Santé de la villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise) et de M. le Dr G.-P. Toye, Médecin-Chef des Asiles publics d'aliénés, de Montpellier, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* la Société désigne une Commission composée de MM. Euzière, Raviart et Vignaud, rapporteur : le vote aura lieu à la séance du lundi 28 octobre 1935.

©BIUM

PRÉSENTATIONS

Psychasthénique avec état de mal obsessionnel,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et DELAITRE

Nous vous présentons un malade, psychasthénique constitutionnel, qui présente des obsessions scrupuleuses revêtant un aspect spécial.

Jean H... a 20 ans ; il est né en septembre 1914 en pleine inquiétude familiale. Durant sa première enfance il est, nous disent ses parents, « nerveux », pleurant souvent sans raison ; se ronge constamment les ongles et, surtout jusqu'à 7 ans, présente une *incontinence d'urine nocturne*. Son caractère psychasthénique se révèle au moment de sa puberté. Celle-ci semble assez précoce : on note à 11 ans que, pour la moindre contrariété, il a des érections avec douleurs vives. C'est à cette époque que se révèle la *tendance aux scrupules*.

Il commence à se plaindre d'avoir peur de mal faire, et lui, auparavant si boute-en-train, devient réservé, peu communicatif, ne joue plus ; d'autre part, l'enfant a l'idée de devenir prêtre, mais son directeur l'en dissuade plutôt, le trouvant trop scrupuleux.

Ses scrupules se révèlent en particulier à l'occasion de la confession. Jamais l'enfant n'estime qu'elle a été assez complète et il a tendance à la renouveler fréquemment. De même, ses communions étaient la plupart du temps remises, soit que malgré les confessions répétées il se crût en état de péché grave, soit qu'il fût dans la crainte d'avoir avalé quoi que ce soit, une goutte d'eau, une particule salivaire.

Donc un terrain psychasthénique des plus nets qui a fait le lit de son état actuel.

Les obsessions, qui caractérisent cet état psychique, sont apparues pour la première fois en 1930.

Depuis ce temps elles n'ont jamais complètement cessé ; toutefois, elles atteignent leur fréquence et leur intensité maxima en périodes durant chacune plusieurs mois.

1re période de janvier à juillet 1930 ;
2e crise de janvier à septembre 1933 ;
3e, actuelle, depuis février 1935.

Dans l'intervalle de ces périodes obsessionnelles, jamais le malade n'a paru suffisamment guéri pour reprendre d'une façon régulière le cours de ces études secondaires, qui sont pratiquement interrompues depuis janvier 1930. Ces obsessions se présentent sous l'aspect

©BIUM

de crises échelonnées au cours de la journée, plus ou moins fréquentes, plus ou moins prolongées.

L'analyse de ces crises est faite par les constatations de l'entourage, par l'explication qu'en donne le malade.

De temps à autre, parfois en pleine conversation, le malade s'arrête, se penche en avant, soutenant fréquemment sa tête avec ses mains dans une attitude de profonde réflexion ; il reste alors absolument immobile, insensible à toute excitation extérieure, contractant ses muscles, de sorte qu'il faut user de violence si on veut lui faire relever la tête ou attirer à soi une de ses mains.

Les traits de son visage sont crispés, exprimant une concentration intérieure intense.

Il reste ainsi un temps variable. Parfois plusieurs heures durant, comme le jour où pendant trois heures il tint à portée de sa bouche une cuisse de poulet sans pouvoir la manger ni la faire remuer.

Récemment il resta de 15 h. à 23 h. dans son bain. Assez souvent, quelques minutes seulement, et dans ces cas il est facile d'observer la fin de la crise. Il semble alors que le barrage cède grâce à un effort de volonté très intense ; cet effort se marque par des mouvements de tête, des serrements de poings. Il s'affirme violemment à lui-même sa volonté de reprendre contact avec l'extérieur. Puis il lève la tête vers le ciel dans une attitude d'imploration et peut seulement alors répondre aux questions.

Mais sur ces crises nous avons, de plus, les renseignements fournis par le malade.

Si on lui demande quel est le motif de cette concentration soudaine, on s'aperçoit qu'il s'agit le plus souvent soit

d'*une prière :* il s'isole du reste du monde pour demander à Dieu de lui donner la force et la grâce, par exemple, de bien vouloir l'examen médical ;

d'*un scrupule :* est-ce ou non son devoir de venir parler au médecin, et c'est pour résoudre ce problème qu'il demande à Dieu de faire savoir sa volonté. Doit-il ou non manger ? Dernièrement il est resté 40 m. avant de répondre positivement à cette question ;

d'*un remords :* ainsi un jour la crise était déclenchée par le fait qu'il avait jeté un peu brusquement sur son lit son pantalon qui contenait son chapelet : une chose sainte.

Sur le mécanisme de ces arrêts, Jean a d'ailleurs à deux reprises répondu par écrit.

Au moment de sa 2e période obsessionnelle en 1933 :

« La cause de mes arrêts est assez difficile à expliquer. Quand on me trouve dans cet état cataleptique, je cherche tout simplement à faire le vide complet dans mon esprit et dans mon cœur. Je m'efforce de tout oublier ce que je sais et ce que j'aime et de ne pas me laisser distraire par ce qui m'entoure, pas même par les personnes qui cherchent à me tirer de cet état. Au contraire, plus on essaie de me forcer à faire quelque chose, plus je m'entête et plus je m'enfonce.

©BIUM

« Je concentre toute mon énergie et l'emploie uniquement à chercher à m'extérioriser afin de me trouver seul avec Dieu. Je lui dis que je l'aime beaucoup, lui qui m'a tant aimé et que je suis prêt à faire sa volonté. Mais à ce moment là, je ne parviens plus à savoir ce qu'il me commande de faire et je ne me souviens pas que le seul moyen d'accomplir sa volonté, c'est d'obéir à mes parents et à ceux qui ont autorité sur moi. Tandis que je cherche, je suis retardé à chaque instant par ce que j'appelle « mes traits » (que je sais purement imaginaires, mais qui correspondent à des pensées étrangères, qui à ce moment viennent m'assaillir coup sur coup en quantités considérables).

« Ces pensées, qui me distraient de mon idée fixe, s'appliquent à toutes sortes de choses (parents, avenir, passé, idéal).

« Je cherche à les éloigner à tout prix, ce qui me fait faire des contorsions physiques et un effort intellectuel très fatigant. Parfois je suis tellement fatigué de lutter sans cesse contre ces pensées que je ne puis plus réagir contre une nouvelle pensée qui me vient et que je reste des heures à rêver parfois à des choses très futiles. Quand je suis sorti de cette rêverie, je recommence avec ardeur à rechercher la volonté du Bon Dieu et à lutter contre les traits qui reviennent me harceler. Si je ne chasse pas ces traits, je suis persuadé que je fais mal. Même quand je parais bien portant ces traits viennent me harceler fréquemment. »

.....

Ici même Jean nous a précisé (après du reste que le terme conscience claire lui eût été suggéré) : « J'obéis tantôt à ma conscience claire, tantôt à l'autre. Il y a une lutte perpétuelle entre mes deux consciences. Depuis deux ans et demi il ne m'est jamais arrivé d'obéir une journée entière à ma « conscience claire ».

Que lui commande donc son « moi profond », « sa conscience fausse » ?

Elle lui défend certains gestes. Défense de se tenir dans une partie de la pièce (choses mauvaises), ordre d'être dans l'autre partie (choses bonnes). Défense d'enlever la poussière de ses habits, de déranger une chaise. Elle lui défend d'écrire certains mots et il lui arrive de faire des fautes d'orthographe volontaires. « De même dans la conversation, je n'emploie pas le mot propre que je conçois bien et que ma conscience « éclairée » me dit être le mot juste, mais un autre mot que m'inspire le moi irraisonné(e) (ici faute d'orthographe volontaire). Il en est de même pour des gestes, des pensées, etc., alors que ma conscience claire me dit que c'est absurde. »

Enfin ses scrupules sont ravivés par des événements qu'il considère comme une punition de ses fautes.

Il dit : « Une cause extérieure m'impressionne et me fait croire que j'ai mal fait, par exemple : un coup de tonnerre est interprété comme une punition ressentie par tous ; le fait de renverser mon verre comme une punition ressentie par moi seul. »

©BIUM

De tels troubles surviennent chez un sujet dont l'intelligence, la mémoire, l'affectivité sont très vives.

L'intelligence est normale : nous le voyons par l'analyse précise qu'il fait de ses symptômes, par ses réponses parfaitement claires et raisonnables quand on le questionne. Il s'agit d'un malade qui s'intéresse beaucoup à l'histoire, à la géographie, à la vie politique.

La mémoire est tout à fait remarquable, ce dont témoigne le nombre extraordinaire de noms de villes qu'il a débité lorsqu'on lui a suggéré le mot Paris pour connaître ses associations d'idées.

L'affectivité n'est pas du tout troublée. Le malade est loin d'être indifférent à ce qui l'entoure. Il aime sa famille, il est reconnaissant au médecin et exprime ses sentiments de façon tout à fait délicate. Nous avons là des lettres qui en sont la preuve.

Les antécédents familiaux, l'examen général n'apportent que peu de renseignements.

Les antécédents familiaux sont à peu près muets si l'on excepte une bisaïeule de la ligne maternelle, morte dans une maison de santé, où elle était traitée pour troubles mentaux.

Le père et la mère sont en bonne santé. Chez eux, le Bordet-Wassermann dans le sang est négatif. Le malade a 3 frères tous normaux.

L'examen des divers organes ne montre rien de très particulier.

Poumons et cœur semblent en parfait état.

La tension artérielle est de 13/9 au Vaquez.

Les réflexes tendineux sont vifs.

Il existe un état d'hypervagotonie, que montre l'exagération du réflexe oculo-cardiaque, lequel passe de 95 à 70 après compression des globes oculaires.

Le réflexe solaire est nul.

Il existe également des troubles vaso-moteurs fréquents avec alternative de rougeur et de pâleur.

Par ailleurs, on note un certain degré d'alcalose : le *p*H urinaire à 6,2 le matin à 7 heures, est à 7,4 à midi, à 7 à 5 heures du soir.

Deux épreuves ont été pratiquées pour rechercher le fonctionnement des glandes endocrines :

une interférométrie, faite par M. Girard dans le laboratoire de l'Hôpital des Enfants Malades, dont la réponse est : formule d'équilibre ; pas de dysfonction en évolution ;

un *métabolisme basal* normal + 2 0/0.

©BIUM

En résumé, il s'agit d'un état mental très particulier, qui évolue depuis 5 ans chez un psychasthénique constitutionnel. Un tel état pose un problème diagnostic capital.

S'agit-il d'un *simple état obsessionnel,* hypothèse vers laquelle fait pencher la parfaite conservation de l'intelligence et de l'affectivité ? C'est bien un des caractères majeurs de ces états obsédants que de ne jamais s'accompagner d'affaiblissement intellectuel. Comme tous les obsédés, Jean sait ce que sa conduite a d'absurde. De telles obsessions, qui l'ont conduit à cesser toute activité scolaire et sociale depuis 5 ans, entreraient dans le cadre de ces obsessions graves, suivant l'expression de M. Vurpas, obsessions graves qui immobilisent chroniquement le malade.

En réalité, dans ces obsessions, deux éléments prennent une importance majeure : c'est la complète inactivité du sujet depuis 5 ans ; c'est la tendance cataleptique qui se manifeste si souvent. Ici l'intérêt se concentre sur l'état de mal obsessionnel dont le comportement moteur constitue une remarquable réaction de défense qui méritait d'être présentée.

M. Vurpas. — Il n'est pas rare qu'une crise d'anxiété apparaisse secondairement à des obsessions. Mais il est très rare qu'elle atteigne une intensité aussi grande de manifestations motrices. Et le cas méritait d'être signalé.

M. Lagache. — Le soulagement amené par les contractions musculaires intenses du sujet à la fin de ses crises s'explique physiologiquement. L'extension et les élongations tendineuses après une crise émotive apaisent. Et Georges Dumas a montré que le seuil de la douleur varie suivant l'état de contraction ou de résolution musculaire.

Escarre sacrée, séquelle de barbiturisme,
par MM. Paul Courbon et M. Leconte

L'attention a été attirée depuis quelques année sur l'existence d'ulcérations consécutives à des intoxications barbituriques aiguës ou chroniques, secondaires à des doses massives ou même minimes ainsi qu'en fait foi l'observation publiée par P. Sainton en 1933 (1).

(1) P. Sainton. — *Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* tome 2, année 1933. Légères ulcérations sacrées au cours d'une intoxication par un composé barbiturique pris à dose minime.

©BIUM

Il suffit d'ailleurs de parcourir la bibliographie établie par G. Bach, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1), pour constater que de nombreux faits ont déjà permis d'éclairer cette question.

L. Laederich et Mme J. Bernard-Pichon (2) complétant les travaux, encore incomplets, consacrés aux manifestations cutanées de l'intoxication barbiturique ont enrichi cette étude d'une forme inédite : *la forme bulbo-ulcéreuse* ou bulbo-escarrotique.

Déjà Villaret (3) avait mis en évidence le type ulcéreux des lésions cutanées barbituriques, avec ses collaborateurs il avait montré que si le siège des lésions cutanées ulcéreuses des barbituriques affectait de préférence les points de pression, comme c'est le cas de la malade que nous présentons, il n'en était pas toujours ainsi, ce qui est un argument, entre autres, pour éliminer l'hypothèse venant naturellement à l'esprit d'escarre de décubitus.

F. Coste et M. Bolgert (4) ont confirmé également dans une intéressante communication ces diverses données.

Nous rapportons un cas de tentative de suicide par les barbituriques où l'ulcération apparue secondairement nous semble mériter d'être rapprochée des cas précédents.

Il s'agit d'une femme de 41 ans, Mme C..., dont l'état mental est celui que décrit M. Capgras dans son certificat : « Atteinte de dépression mélancolique avec idées obsédantes hypocondriaques et idées de suicide ; très améliorée, a été confiée à son mari à titre de sortie d'essai le 30 avril 1935. »

Internée dès octobre 1934 à l'asile Ste-Anne, la malade est restée dans le service du Docteur Capgras jusqu'au jour où, sur la demande du mari, elle est autorisée à sortir à titre d'essai le 30 avril 1935.

De ses antécédents, on sait qu'elle était syphilophobe, que de très nombreux médecins l'ont traitée pour syphilis quoique les examens tant cliniques qu'humoraux soient toujours restés négatifs.

Deux jours après sa sortie, le 2 mai, la malade fait une tentative de suicide au moyen de l'ingestion combinée des deux barbituriques suivants dont voici les doses : *vingt comprimés de gardénal à dix*

(1) Georges Bach. — *Bulletin général de Thérapeutique*, tome 185, n° 2, année 1934, p. 69.

(2) L. Laederich et Mme J. Bernard-Pichon. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 24 nov. 1933, tome 2, p. 1413. Dermite bulbo-ulcéreuse et polynévrite par intoxication barbiturique.

(3) Villaret, H. Bith et H. Desoille. — *Paris Médical*, tome II, 1932, p. 340.

(4) M. Coste et Bolgert. — Ulcérations dues aux barbituriques, in : *Bulletin Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 1933, tome 2, p. 779.

©BIUM

centigrammes, soit deux grammes d'une part ; dix comprimés de véronal à vingt-cinq centigrammes, soit 2 gr. 50.

La malade est alors traitée énergiquement à l'Hôtel-Dieu où elle demeura une huitaine, après 4 jours de coma.

Après un bref passage à l'asile Ste-Anne, la malade entre à Vaucluse le 11 mai 1935 où dès son arrivée on constate une petite ulcération fissuraire dans la région sacrée. C'était une petite fissure médiane, siégeant à la partie supérieure du sillon interfessier. Ses bords étaient amincis, non décollés. Le fond était légèrement grenu, jaunâtre, ne suppurant pas, ne reposant pas sur une base indurée. Ses caractères se maintinrent et s'étendirent progressivement et, il y a une quinzaine de jours, l'étendue de cette ulcération atteignait des dimensions supérieures à celles d'une pièce de deux francs.

L'examen clinique est actuellement tout à fait satisfaisant. Il n'existe aucun stigmate de syphilis. Et les investigations en ce sens sont demeurées infructueuses ainsi que le soulignent les certificats des médecins d'Henri-Rousselle et de Ste-Anne. De même, aucun signe neurologique n'a pu être mis en évidence. Les urines sont normales. Actuellement cette ulcération a notablement diminué, ainsi qu'on peut le constater, sous l'influence du temps et du traitement à la pommade à l'insuline et tréphonyl. Elle est réduite à une minuscule plaie bourgeonnante aux lèvres rapprochées et en voie de cicatrisation, entourée d'une large plaque pigmentée, et la guérison n'est pas loin.

Par les caractères et l'évolution de cette ulcération, on peut éliminer le diagnostic de tuberculose ou de syphilis. Celui de décubitus acutus est plus discutable. Mais le décubitus acutus survient presque exclusivement dans les affections graves de l'axe cérébro-spinal. Il a été bien étudié par certains auteurs, notamment Vigouroux (1). Il a une extension rapide et profonde vers une phase ultime de mortification et son pronostic est grave. Rien de semblable n'est apparu ici.

On ne saurait davantage parler de brûlures par bouillotte. Ici, cette hypothèse a été faite par M. Marchand au sujet d'une malade présentée par l'un de nous et Mars (2) qui avait des ulcérations talonnières. Le siège dans la région sacrée élimine cette hypothèse. Nous nous rallions donc à l'hypothèse d'une ulcération barbiturique.

Certes, son apparition 9 jours après l'ingestion, n'a pas été immédiate alors que Villaret a insisté sur sa précocité, mais d'autres auteurs ont montré qu'elle peut être tardive quoique secondaire à des doses minimes.

(1) VIGOUROUX. — *Revue de Psychiatrie*, 1904.
(2) COURBON et MARS. — *Annales Méd.-Psychol.*, 1934, tome 2.

©BIUM

Elle siège bien au niveau d'un point de pression, mais cette constatation n'exclut pas le diagnostic de la nature barbiturique, puisque des auteurs ont rapporté des cas d'ulcération sacrée apparue immédiatement après l'empoisonnement.

M. LAGACHE. — J'ai vu également apparaître une escarre sacrée, à la suite d'une tentative d'empoisonnement par le chloralose qui plongea le sujet dans un coma profond.

M. MARCHAND. — L'hypothèse d'une brûlure par bouillotte est peut-être plus invraisemblable quand il s'agit d'une escarre sacrée que lorsqu'il s'agit d'une escarre talonnière. Mais dans tous les cas où il y a eu coma on n'est pas en droit de nier l'intervention d'autres agents étiologiques que le barbiturisme, surtout dans la production d'une lésion dans les régions qui supportent le poids du corps.

M. COURBON. — Il semble néanmoins que l'on puisse affirmer légitimement que le barbiturisme crée une fragilité particulière des tissus, sans laquelle les autres agents vulnérants restent inefficaces.

Dépression mélancolique périodique et troubles fonctionnels des membres supérieurs, par MM. L. MARCHAND, J. FORTINEAU et Mlle PETIT.

Si actuellement il est admis par la plupart des auteurs, qu'il n'existe aucune analogie clinique entre les troubles psycho-moteurs dits pithiatiques et les troubles psycho-moteurs de la catatonie, on peut observer chez des aliénés des troubles moteurs d'apparence volontaire dont la nature pithiatique peut être envisagée. Le malade que nous vous présentons en est un exemple :

Gaston D..., teinturier, âgé de 53 ans, entre à l'asile Sainte-Anne le 23 novembre 1934, pour la 4e fois.

A. H. — Les antécédents héréditaires ne peuvent être précisés. Né de père inconnu, le malade fut adopté dès sa naissance par une voisine.

A. P. — D. eut une enfance malheureuse. Sa mère adoptive buvait et le frappait souvent.

Il fut un écolier médiocre, batailleur et instable. A l'âge de 14 ans, premier épisode dépressif : il devient triste, a des « idées noires », des idées de suicide, « pense à se jeter à l'eau pour en finir ».

©BIUM

A 15 ans, il est mis en apprentissage (teinturier) et travaille régulièrement.

Il fait 3 années de service militaire (de 1901 à 1904), pendant lesquelles il est de nouveau triste et déprimé.

Marié en 1908, il n'eut pas d'enfant.

La guerre se passe également pour lui sans incident. Il reste au front dans un régiment d'infanterie pendant toute la durée des hostilités et est blessé légèrement.

A son retour, le malade exerce la profession de livreur et fait des excès de boisson (2 à 3 litres de vin par jour, apéritifs, pernod).

En mai 1919, accès dépressif grave, avec tentative de suicide par pendaison et peut-être d'homicide. Cet accès, qui nécessita l'internement, dura près de dix mois.

G. D. sortit guéri et reprit son travail.

En 1924, constatant la présence d'une écorchure à la lèvre inférieure, G. D. croit qu'il s'agit d'un chancre syphilitique et va consulter un médecin qui lui dit que « c'est grave » et prescrit un traitement spécifique ; puis le diagnostic est infirmé.

En *juillet 1934*, nouvel accès mélancolique avec symptômes d'éthylisme subaigu : insomnie, cauchemars (visions de puits, d'eau, de batailles), anorexie avec refus d'aliments par intervalles, amaigrissement.

L'asthénie s'accompagne d'inactivité, de désintérêt, d'incurie (il n'a pas le courage de se laver ni de se raser). Idées d'indignité, d'auto-dépréciation, « il ne mérite pas qu'on le soigne, mais qu'on le laisse crever comme un chien ». Idées de ruine : « sa femme et lui vont être dans la misère ».

Il continue à avoir la phobie de la syphilis, mais il craint également de la contracter à nouveau.

Idées hypocondriaques et idées d'incurabilité.

Enfin des idées de suicide apparaissent, obligeant sa femme à une surveillance constante.

Cet état nécessite son hospitalisation à l'Hôpital Henri-Rousselle, puis son internement à Sainte-Anne le 23 novembre 1934 avec le certificat suivant : « Psychose périodique. Accès mélancoliques récidivants. Dépression, asthénie, inertie, anxiété. Idées d'auto-dépréciation et de suicide. Velléités de pendaison ou de suicide par revolver. Insomnie, tremblement. Plusieurs internements antérieurs. »

A son entrée, nous constatons l'état mental décrit ci-dessus.

Le malade reste immobile dans son lit, le facies atone, le front plissé, les sourcils froncés, les yeux demi-fermés. Opposition aux soins et refus d'aliments. Semi-mutisme ; il exprime son désir de la mort, d'une voix lente, saccadée, monotone, répétant qu'il est « à moitié crevé ».

Depuis que le malade est dans notre service, il a manifesté à plusieurs reprises des phénomènes particuliers.

©BIUM

Ce furent d'abord des accès de suffocation sans aucun signe organique, d'une durée de quelques minutes. La respiration bruyante et saccadée se faisait au rythme d'une trentaine d'inspirations par minute. L'accident cessait brusquement.

Puis ce furent des accès de tremblement localisé à la mâchoire inférieure, d'une durée d'une demi-heure environ. Pendant l'accès la parole était tremblée et difficilement compréhensible.

A la suite de piqûres sous-cutanées, le malade présenta à plusieurs reprises des crises de tremblement généralisé, à grosses oscillations, plus marqué aux membres supérieurs ; la durée des crises variait de quelques minutes à une demi-heure.

Enfin, depuis plusieurs mois, on constate une attitude particulière des membres supérieurs. Le malade reste allongé dans son lit, immobile, les avant-bras généralement demi-fléchis sur les bras qui restent accolés au tronc. A l'examen, on constate une contracture douloureuse des membres qui s'oppose à leur mobilisation. Puis, si on demande au malade de relâcher ses muscles, on parvient à faire exécuter aux différents segments des mouvements passifs sans déterminer de douleur. Celle-ci ne reparaît que si le malade contracte ses muscles pour s'opposer aux mouvements provoqués. On ne note aucun craquement articulaire, aucun signe d'arthrite. Il n'existe aucune paralysie en ce sens que le malade peut exécuter tous les mouvements volontaires, mais ceux-ci sont lents, limités et la force musculaire est faible. D'ailleurs, G. D. arrive à manger seul, certains jours.

Les mêmes troubles s'observent aux membres inférieurs, mais beaucoup moins accusés.

Nous avons essayé sans résultat plusieurs moyens thérapeutiques : suggestion, piqûre sous-cutanée de sérum, d'eau distillée, frictions, mobilisation passive des membres.

Les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs, vifs aux membres inférieurs. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Le réflexe pharyngé existe.

Pas d'atrophie musculaire, pas de contractions fibrillaires. Aucun trouble de la sensibilité superficielle, tactile, thermique et douloureuse, en dehors d'un retard des réponses. L'examen électrique n'a révélé aucune réaction de dégénérescence : les secousses sont brèves, il n'y a pas d'inversion de la formule ; pas de réaction longitudinale.

Les réactions sérologiques sont négatives dans le sang.

L'examen du liquide céphalo-rachidien révèle seulement une légère albuminose ; albumine : 0,45 ; Pandy : subpositif ; pas de leucocytes. Benjoin : 00000.01222.10000. Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs.

Notons qu'en mai dernier, pendant quelques semaines, une amélioration notable de l'état mental se produisit au point que l'on put espérer la fin de l'accès. En même temps, l'impotence fonctionnelle disparut ; les douleurs s'atténuèrent, le malade put se lever pendant

©BIUM

plusieurs heures et se servir de ses membres supérieurs. Mais l'état mental s'aggrava de nouveau et parallèlement les mêmes troubles moteurs et douloureux reparurent.

Chez ce sujet, les troubles moteurs présentent les caractères suivants : ils ont l'apparence de troubles volontaires, ils ne s'accompagnent d'aucun symptôme d'organicité (lésions pyramidales, extra-pyramidales, médullaires ou névritiques), la sensibilité sous toutes ses formes et les réactions électriques sont complètement normales ; les douleurs violentes dont s'accompagnent les mouvements passifs sont nettement fantaisistes ; si le malade n'oppose aucune contraction volontaire aux mouvements passifs, on peut faire exécuter aux membres tous les mouvements sans entraîner de réactions douloureuses et on peut constater que les articulations des membres sont absolument souples. Jusqu'alors, les procédés psychothérapiques ont échoué.

Il s'agit, pensons-nous, de troubles psychomoteurs purement fonctionnels. Ce qui fortifie encore ce diganostic, c'est que ce malade, qui a toujours été un hyperémotif, a présenté, à la suite de simples injections sous-cutanées, des crises de tremblement généralisé, des accès de tremblement localisé à la mâchoire inférieure, qui n'eurent qu'une durée d'une demi-heure au plus.

Enfin, plusieurs fois, sans cause apparente, le matin, à la visite, il a présenté devant nous des accès de suffocation *sine materia* qui disparurent brusquement sans aucune tentative thérapeutique. L'origine psychogène de ces manifestations nous paraît certaine, mais ce qui les différencie seulement des troubles dits pithiatiques, c'est qu'ils sont non seulement associés, mais secondaires à l'état dépressif mélancolique, conditionné lui-même par des modifications du dynamisme cérébral. Il s'agit d'une association pithiato-psychosique.

Il y a quelques semaines, ce malade qui actuellement se croit « fichu » suivant son expression et qui, de l'avis de sa femme, a toujours eu une tendance à impressionner l'entourage, a présenté une notable amélioration de son état mental ; en même temps, les troubles moteurs des membres se sont dissipés et le malade faisait chaque jour des exercices d'assouplissement.

L'interprétation que nous donnons de ces phénomènes nous paraît avoir une grande importance tant au point de vue pronostique que thérapeutique, car nous pouvons prévoir qu'ils disparaîtront en même temps que la dépression mélancolique périodique qui les conditionne.

©BIUM

M. H. Baruk. — M. Marchand vient de souligner une question très importante sur laquelle j'ai insisté dans mon rapport au prochain Congrès de Bruxelles, celle des relations entre la cyclothymie et certaines manifestations hystériques. Certains états de dépression préparent l'éclosion de syndromes pithiatiques. Toutefois ces derniers se produisent surtout au cours d'états dépressifs légers. Il y a là une *question de degré* qui est capitale, comme le montre l'étude de certains accès mélancoliques dans lesquels des syndromes pithiatiques peuvent marquer le début de l'accès, pour disparaître ensuite lorsque celui-ci est plus profond.

M. Laignel-Lavastine. — Moi aussi j'ai observé plusieurs cas analogues, notamment celui d'une jeune fille dont les troubles abdominaux et principalement la constipation furent si marqués, qu'avant de me l'amener l'opportunité d'une intervention chirurgicale avait été discutée. Elle guérit spontanément et une psychose périodique se développa dont la première phase dépressive avait été masquée par ces troubles fonctionnels abdominaux.

M. René Charpentier. — Au sujet de ce que vient de dire M. H. Baruk, il convient d'ajouter que très souvent, chez des anxieux et surtout chez de petits anxieux, on observe une exagération volontaire de certains symptômes qui fait souvent, et à tort, considérer le malade par son entourage comme un simulateur. Cette exagération volontaire, qui se traduit, non seulement dans l'exposé de son état par le malade, mais dans la recherche de symptômes, tel le tremblement, ou encore à l'occasion de l'examen des réflexes, exprime l'état d'esprit d'un malade qui souffre et qui voit ou qui trouve que son entourage ne se rend pas un compte suffisant de l'intensité de ses souffrances. Il force un peu la note par moments. C'est une réaction à l'incrédulité ou à l'indifférence qu'il reproche à son entourage.

M. H. Claude. — On constate sur les bras de ce malade le phénomène de la roue dentée. Il est à l'âge où la maladie de Parkinson s'installe. Son cas me rappelle celui d'un magistrat qui eut lui aussi 3 accès dépressifs que j'ai observés. Les deux premiers guérirent comme s'il se fût agi d'accès de mélancolie simple. Mais le dernier survenu à 60 ans ne guérit pas et l'on vit se développer progressivement tous les symptômes parkinsoniens. Je pourrais citer bien d'autres cas de troubles moteurs qualifiés hystériques, dont la nature postencéphalitique ne tarda pas à se révéler.

©BIUM

M. Schiff. — Pour mémoire, je rappelle la théorie soutenue par un médecin sud-américain, Obarrio, d'après laquelle la mélancolie serait une maladie sous-corticale, comme le parkinsonisme.

M. H. Baruk. — Il existe une différence incontestable entre le ralentissement psychique et moteur des malades atteints de stupeur, et la rigidité et les troubles musculaires spéciaux des parkinsoniens. Il faut se méfier de comparaisons et d'assimilations ne reposant que sur des analogies superficielles.

M. Marchand. — Jusqu'à présent, le malade n'a présenté aucun signe de parkinsonisme. Mais je conviens qu'il faudra l'observer à ce point de vue.

Syndrome de démence précoce. — Réactions syphilitiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, par MM. L. Marchand, J. Fortineau et Mlle Petit.

A côté des cas de démence précoce en rapport avec une syphilis héréditaire ou même acquise, il en est d'autres dans lesquels une syphilis du névraxe vient se surajouter au syndrome mental et ne joue aucun rôle étiologique. L'observation suivante nous paraît un exemple de cette association.

C..., André, âgé de 27 ans, entre dans notre service le 1er juin 1935.

A. H. — Rien de notable chez les ascendants : une sœur bien portante, mariée, ayant deux enfants en bonne santé.

A. P. — Développement psychomoteur normal. A signaler toutefois de l'énurésie jusqu'à 9 ans.

C., docile et affectueux avec les siens, a été à l'école jusqu'à 14 ans, il a pu passer son certificat d'études. Cependant il travaillait médiocrement, faisait souvent l'école buissonnière, s'intéressant surtout aux sports (football et course à pied).

A sa sortie de l'école, il refuse d'apprendre un métier, il est tour à tour sellier, dessinateur, abandonnant très vite ses places pour des motifs apparemment futiles.

De 15 à 17 ans il dérobe à plusieurs reprises de l'argent à ses parents.

A 18 ans, il s'engage sur les instances de sa mère pour une durée de 3 ans dans un escadron du train des équipages. A la suite d'un accident léger, il est, en 1928, hospitalisé au Val-de-Grâce, pour état dépressif avec négativisme, pendant 4 mois.

Réformé, il revient chez sa mère, travaille pendant 18 mois comme

©BIUM

ouvrier peintre dans une usine d'aviation — puis abandonne cette place sans raison.

En mars 1931, il doit être interné volontairement sur la demande de sa mère à cause de ses troubles de comportement. Le certificat du Dr Largeau porte :

« Syndrome psychasthénique avec tendance à la tristesse, inadap-« tation à tout travail suivi. Phases de rêvasserie avec aspect « schizoïde, docilité alternant avec un certain degré de négativisme : « fugues mnésiques durant parfois plusieurs jours. Impulsions diver-« ses ; indélicatesses vis-à-vis de ses parents, affectivité peu déve-« loppée. »

Sa mère craignant un transfert en province, le reprend au bout de quelques jours ; il est peu de temps après arrêté et condamné à 8 jours de prison pour filouterie d'aliments.

Depuis 1931, il mène une vie aventureuse — sans domicile — fréquentant des prostituées, revenant de temps à autre chez sa mère ou chez sa sœur pour leur réclamer de l'argent.

Il est condamné à deux mois de prison en 1933 pour vol de bicyclette ; en 1934 pour abus de confiance, il fera 3 mois de prison.

Enfin, en mars 1935, il comparaît pour la quatrième fois devant la 10e chambre correctionnelle pour vol de bicyclette. Il explique que le produit de la vente était destiné à l'achat d'une robe pour une femme.

Au cours de cette détention, C. présente des troubles mentaux et est envoyé à l'Infirmerie du Dépôt. Il est interné à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Affaiblissement psychique du type discordant. Dissociation intellectuelle. Bizarrerie. Ton monotone. Sourires stéréotypés. Indifférence. Maniérisme. Troubles du caractère. Inaffectivité. Amoralité. Délinquance. Mobilité de l'humeur. Subexcitation avec chants, sifflements, puis dépression. Tristesse. Vient de la prison de Fresnes, condamné à 6 mois de prison pour vol. A commencé à subir sa peine le 17 mars. Agitation à la prison.

« La ponction lombaire a montré une syphilis du névraxe. Albumine : 0,44 ; lymphocytose : 10 éléments. Wassermann positif. Positivité des réactions de Wassermann, Meinicke et Vernes dans le sang. Ulcération balano-préputiale en évolution dont le début est antérieur à l'incarcération (allusion dans une lettre de son amie).

« Pas de signes neurologiques. Céphalées.

« Un internement pour démence précoce probable le 27 mars 1931. Mise en liberté 3 jours après le 30 mars. Depuis sa sortie, délinquance à répétition. 4 condamnations pour vols et abus de confiance (1931, 1933 et deux fois en 1934).

« Probabilité de démence précoce à forme héboïdophrénique avec syphilis acquise. » Signé : Heuyer.

Actuellement, C. est bien orienté, il s'explique avec complaisance sur les faits qui ont motivé son arrestation et ne s'émeut pas lorsqu'on lui parle de ses condamnations antérieures.

©BIUM

Il s'exprime d'un ton monotone, ses phrases sont souvent incohérentes. Sourires discordants. Ses attitudes sont maniérées.

Il a des projets de réforme à tendance humanitaire, « il veut lutter « contre l'ivrognerie et voir clair dans l'ivrognerie en renversant les « rôles ; il veut faire plaisir aux autres et les guérir ».

Orphelin de père, il se considère comme le chef de famille et veut « relever les siens par sa droiture » ; il « souffre moralement de n'être pas arrivé au football ; il voudrait être entraîneur unique du football français et dresser les jeunes par sa méthode ». Il présente en outre quelques idées de persécution, « on va essayer de faire sur lui de la pédérastie, il a retrouvé ici un pédéraste dont il avait entendu parler à Versailles. Les autres malades veulent « l'abrutir par des paroles ». On imprime des journaux spéciaux qui n'ont « ni queue ni tête ».

L'examen du fond mental par la méthode des tests a montré de gros troubles de l'attention. Sa mémoire est mauvaise, il répète cinq chiffres avec difficulté. Enfin les réponses à l'épreuve des phrases absurdes sont absolument incohérentes ; il est incapable de reconstituer des phrases en désordre.

C... nie avoir contracté la syphilis.

On ne constate aucun signe neurologique. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Les réflexes tendineux sont normaux. Pas d'embarras de la parole. Aucune cicatrice de chancre ou de syphilide.

Notons que l'ulcération balano-préputiale notée à l'entrée a guéri rapidement sous l'influence de soins simplement hygiéniques.

Une nouvelle ponction lombaire est pratiquée le 15 juin 1935 et donne les résultats suivants : albumine 0,60 ; Pandy + ; Weichbrodt 0 ; leuco. 26,4 ; benjoin 00000.02222.10000 ; Bordet-Wassermann faiblement positif ; Meinicke partiellement positif.

Réactions du sang : Bordet-Wassermann + ; de Meinicke + ; de Kahn : ++++.

En résumé, ce sujet qui dès l'enfance a manifesté des tendances schizoïdes présente actuellement un syndrome de démence précoce dont on peut suivre l'évolution depuis plusieurs années. Or, et c'est le fait intéressant, les réactions spécifiques du sang et du liquide céphalo-rachidien recherchées à deux reprises ont été trouvées positives chez ce malade.

Trois hypothèses peuvent être envisagées :

S'agit-il d'une démence précoce survenue chez un hérédo-syphilitique ? Dans les observations de ce genre (1), les réactions

(1) L. MARCHAND. — Démence précoce syphilitique. *Société Clinique de Médecine mentale*, 16 mars 1925.

L. MARCHAND. — De la démence précoce chez les syphilitiques. *Congrès de Paris*, 1925.

©BIUM

humorales ne sont pas celles de la paralysie générale ou alors il s'agit de paralysie générale juvénile et non de démence précoce. Chez notre sujet, on ne constate aucun symptôme de paralysie générale ; par contre, l'affection mentale revêt tous les caractères de la schizophrénie. Nous écartons cette première hypothèse.

S'agit-il d'une démence précoce en rapport de causalité avec une syphilis acquise ? L'évolution même de l'affection dont les premiers signes se sont manifestés dès l'âge de 14 ans ne s'accorde guère avec une telle étiologie.

S'agit-il d'une syphilis nerveuse venant s'associer à un syndrome de démence précoce ? Nous ferons remarquer d'abord que notre malade s'est mis par ses nombreuses fréquentations de prostituées dans les meilleures conditions pour contracter la syphilis. Si ce fut une surprise de constater la positivité des réactions sanguines et rachidiennes, il nous est arrivé bien souvent de faire la même découverte au cours d'affections mentales diverses, entre autres au cours d'accès de délire alcoolique subaigu chez des sujets ne présentant encore aucun signe neurologique de paralysie générale. C'est que la paralysie générale débute par une phase latente ; à cette période biologique, comme l'appelle Ravaut, les réactions humorales sont encore les seules manifestations organiques du processus encéphalitique, et cette phase a, suivant les cas, une durée plus ou moins longue. Les réactions inflammatoires méningées et conjonctivo-vasculaires existent déjà, mais les lésions des cellules nerveuses sont encore trop légères pour se traduire par des troubles nerveux ou mentaux.

Nous pensons que, dans le cas actuel, la syphilis répond à cette phase évolutive. Certaines particularités des réactions viennent appuyer cette interprétation. C'est ainsi que si l'albuminose et la lymphocytose sont nettement accusées, la réaction du benjoin est atypique et, à la deuxième ponction lombaire, les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont partiellement positives. Ces constatations s'accordent bien avec notre supposition que la syphilis du névraxe chez ce dément précoce n'en est qu'à la période biologique et n'a pas encore modifié le syndrome de démence précoce.

Ce malade est soumis au traitement par le stovarsol et, si notre manière de voir est exacte, nous devrons voir les réactions humorales se modifier sans escompter une guérison de l'état mental.

©BIUM

Dysphasie pithiatique d'un type spécial chez une fille de quatorze ans, par M. H. CLAUDE, Mlle G. DREYFUSS-SÉE, MM. LAGACHE et ROUART.

Les troubles du langage habituellement décrits dans l'hystérie sont essentiellement l'aphasie, le mutisme, l'aphonie et le bégaiement hystériques.

Le mutisme, l'aphonie et l'aphasie furent décrits par Charcot et ses élèves.

Les troubles partiels signalés par Trousseau, puis par Pitres, Gilbert Ballet, Chabert, ont été groupés sous le nom de bégaiement. Les observations présentées par ces divers auteurs ont trait à des phénomènes de bégaiement vrai ou à des troubles très voisins de bégaiement. Leur caractère hystérique est surtout manifeste dans les conditions d'apparition, de guérison, dans l'existence de symptômes névrotiques concomitants. La sémiologie même du trouble en dehors des cas qui s'apparentent nettement au bégaiement est assez imprécise et surtout considérée par tous les auteurs comme variable d'un individu à l'autre et chez le même sujet.

Aucune des observations que nous avons trouvées ne relate un cas analogue à celui que nous présentons aujourd'hui.

Il est néanmoins intéressant de constater que plusieurs cas de ces troubles névropathiques du langage concernent des enfants.

Dans le rapport de Bézy en 1897, sur l'hystérie infantile, nous trouvons d'ailleurs notée l'existence des troubles du langage tels que les ont signalés les auteurs que nous venons de citer. Parmi les manifestations de cette névrose chez l'enfant, l'auteur signale aussi les troubles dysphagiques qui seraient moins fréquents que chez l'adulte et surtout constitués par l'anorexie chez les jeunes filles. L'astasie-abasie était considérée par Richer comme pouvant être la première manifestation de l'hystérie dans le jeune âge, manifestation que notre malade a effectivement présentée.

L'enfant Marceline G., née le 20 novembre 1920, nous est envoyée en mars 1934 pour des troubles de la parole survenus à la suite d'une angine diphtérique bénigne et non compliquée datant de novembre 1933.

En fait, d'après l'interrogatoire de la mère, les premiers troubles ne se manifestèrent que quelques mois plus tard, en mars 1934, à peu près en même temps qu'apparaissaient les premières règles. Ils consistaient en ce que l'enfant ne pouvait prononcer certains mots ; suivant son expression, « ils lui restaient dans la gorge ». Le phéno-

©BIUM

mène d'abord rare devint de plus en plus fréquent, jusqu'à gêner considérablement les rapports quotidiens et l'activité scolaire : lors du premier examen, elle ne pouvait plus réciter une leçon.

La malade se présente accompagnée de sa mère et d'une assistante sociale, à qui elle demande de ne pas la laisser, « parce que, dit-elle, je ne m'exprime pas très bien ».

Cependant elle répond correctement à quelques questions : elle nous dit où elle se trouve, où est son école ; elle a passé l'an dernier le certificat d'études et suit maintenant le cours complémentaire. En revanche, elle ne peut dire son nom de famille, elle ne peut dire son âge, quatorze ans ; si elle compte elle s'arrête à treize et reprend à quinze ; les phrases sont bien commencées, c'est en leur milieu, devant un mot, qu'elle s'arrête ; elle rougit légèrement, la bouche est serrée, immobile ; elle paraît être émue et faire effort.

Nous lui faisons répéter les mots d'une liste permettant l'exploration complète de tous les phonènes français. Elle ne peut prononcer les mots commençant par *p*, tels que papa, poupée, papillon. Après papa et poupée, elle prononce correctement fromage et fruit, mais ne peut prononcer tableau, tablier. En revanche, elle dit facilement et correctement « table — eau » et « table — hier », presque sans intervalle entre les deux mots. Elle échoue à nouveau lorsqu'on veut lui faire répéter tableau, tablier. De même elle dit « bas — tôt » mais non « bateau ».

Dans un test de phrases à compléter, elle ne peut émettre « parapluie ».

Dans un questionnaire sur les métiers, elle ne peut dire « pâtissier ».

Dans un test de contraires, elle ne peut dire le contraire de « grand », mais dit le contraire de « petit ».

Les noms de couleurs sont émis correctement.

Dans un test de dénominations d'actions, elle ne peut émetttre les verbes suivants : frotter, bâiller, s'arrondir, balancer, avaler.

Une nouvelle épreuve de mots à répéter donne ces résultats : elle ne peut répéter tonneau, perpétuel, colline, calorifère, balustrade, sécateur, parapluie, crayon, porte-crayon, porte-plume ; crayonner, dessiner, plafond ; poitrine, parapluie, parapet, bâton ; elle ne peut d'abord dire « debout », puis y arrive en se levant.

A la lecture d'un texte, elle hésite devant, par, et s'arrête devant « pêcheur » : « c'est le *pê*, dit-elle, que je ne peux dire ». Nous lui faisons observer qu'elle vient précisément de l'émettre. Et en effet, elle peut dire « pê-cheur », mais non « pêcheur » tout d'une traite.

Dans un autre texte, elle ne peut dire « derrière » (la montagne), dit « devant » (la montagne), puis ne peut plus dire « devant » lorsque nous voulons le lui faire répéter. D'après elle, ce n'est pas du tout le sens du mot « derrière » qui l'arrête. Plus loin, elle s'arrête devant « papa », mais dit très correctement « père ». Elle ne peut lire « que » interrogatif, au début d'une proposition, mais lit le

©BIUM

« que » conjonctif au cours d'une autre. Elle ne peut lire « pas » dans « pas cela » mais lit « Madame Pape-Carpentier ».

Enfin, elle écrit tout ce qu'elle peut lire, mais ne peut se relire. Notons cependant qu'elle écrit « qui a-t-il » et non « qu'y a-t-il ».

Elle chante « Au clair de la lune » correctement, mais n'a pu réciter ni prière, ni pièce de vers.

Au total, le trouble de la parole affecte l'allure suivante :

1° Il semble que certains phonènes soient touchés électivement en particulier : p, b, d, t, gu, k, c'est-à-dire des occlusives. Presque tous les mots que la malade ne peut prononcer commencent par l'une de ces consonnes.

2° Cependant certains mots ne rentrent pas dans cette règle : ce sont surtout des mots longs et relativement rares.

3° Il n'existe pas de troubles phonétiques élémentaires : elle ne peut dire « tableau », mais dit « table-eau », elle ne peut dire « bateau », mais dit « bas-tôt ».

4° Il existe une dissociation entre la parole volontaire et la parole automatique : elle ne peut lire « pêcheur », mais dit : « je ne peux dire pê ».

5° Il est possible que l'électivité phonétique se double d'une systématisation des contenus idéiques : c'est ainsi qu'elle ne peut dire « quatorze », qui correspond à son âge, mais peut dire quatre, quinze ; elle ne peut dire G..., nom de son père, mais dit le nom de famille de sa mère qui doit cependant lui être moins familier ; elle ne peut dire « garçon » mais dit « garce ».

6° Enfin, le blocage de la parole paraît s'accompagner de manifestations émotives ; il est variable dans le temps et subirait une recrudescence au moment des règles, ou à la faveur de contrariétés.

Si le trait dominant est l'hyperémotivité, d'autres traits de caractère s'y ajoutent dont l'ensemble ne laisse pas d'être significatif : elle serait déprimée depuis quelques mois, dégoûtée de tout : elle rit facilement, d'un rire « nerveux », elle fait des colères où elle trépigne. Elle s'alimente normalement, ne présente pas de préoccupations sexuelles apparentes ; à l'apparition des règles, sa mère lui a donné les explications qu'elle jugeait convenables. Elle est susceptible, a beaucoup d'amour-propre. Elle est très propre, soigneuse, redoute la saleté. Elle est très attachée à ce qu'elle possède. Solitaire depuis quelque temps, aimant beaucoup ses parents, elle veut toujours être avec sa mère. Elle dit qu'elle voudrait être encore un tout petit bébé. Faut-il ajouter qu'elle est fille unique, très bien soignée, vraisemblablement gâtée ?

Elle est intelligente, a passé, il y a un an, le certificat d'études, suit facilement le cours complémentaire. Son comportement, ses réponses ne permettent aucune hésitation à cet égard. Il n'y a pas eu non plus de fléchissement de l'intelligence.

Elle se considère comme malade, exprime le désir de guérir, mais

©BIUM

pas spontanément. Elle accepte de venir à notre consultation, d'être hospitalisée, tout cela avec docilité, peut-être même avec quelque indifférence.

Tels sont les traits essentiels de l'état mental qui accompagne le trouble de la parole que nous avons décrit. Mais ce n'était pas la première atteinte. A l'âge de 4 ans, elle aurait eu une première angine diphtérique qu'auraient suivis quelques troubles de la parole. Un autre fait est plus significatif : vers l'âge de 5 ans, elle fut bousculée par un chien et fit une chute ; elle prétendit alors qu'une jambe lui faisait mal et resta couchée quinze jours, malgré les assurances du médecin qui affirmait ne trouver aucun signe physique ; sa mère la guérit en la menaçant de partir si elle ne marchait pas ; et l'enfant se leva pour aller ouvrir à sa mère la porte de l'appartement.

Comme autres antécédents pathologiques, on trouve la varicelle à 7 ans, la coqueluche à 8, la rougeole à 10.

La grossesse, l'accouchement, le premier développement ont été en tout point normaux.

Dans les antécédents héréditaires, on trouve une grand'mère maternelle alcoolique. Le père serait atteint de sclérodermie et une assistante sociale parle à son sujet d'hystérie. La mère paraît saine et bien portante.

La malade elle-même est bien développée et en bonne condition physique. Aucune anomalie morphologique. Au point de vue viscéral, tachycardie et éréthisme cardiaque. Au point de vue neurologique, un tremblement palpébral très marqué au début surtout de l'occlusion des yeux.

Plusieurs examens ophtalmologiques ont été entièrement négatifs. De même l'examen du nez et de la gorge. L'ensemencement des exudats pharyngés n'a mis en évidence que des staphylocoques.

Tel était l'état de la malade, lorsqu'en avril dernier, elle entra au service libre de la Clinique, où elle fit un séjour de deux semaines pendant lequel elle ne fut pas autorisée à recevoir la visite de ses parents.

Pendant les premiers jours, apparurent au début des phrases, des itérations syllabiques dues vraisemblablement à ce qu'elle avait entendu dire par une infirmière qu'elle venait pour un bégaiement. Mais ce trouble s'effaça rapidement.

Les autres troubles au contraire persistaient, malgré une légère atténuation due en partie à l'isolement, en partie à la rééducation lorsque le 19 avril, on fit absorber à la malade un cachet contenant 50 cgr. de chloralose et 1/2 mgr. de bromhydrate de scopolamine. Pendant le sommeil on procéda à des suggestions thérapeutiques répétées. Le lendemain matin, la malade pouvait paraître pratiquement guérie : elle prononçait tous les mots difficiles et récitait d'une traite « La cigale et la fourmi », en s'arrêtant toutefois, au dernier vers devant « dansez ».

©BIUM

Mais cette amélioration ne fut que passagère. Progressivement s'est reconstitué l'état morbide initial. Il paraît en rapport avec la situation et les circonstances : la notion de mauvais rapports avec le père s'est peu à peu dégagée : celui-ci est nerveux, se montre peu compréhensif, éprouve sans cesse le besoin de la reprendre et de la corriger, en particulier en ce qui concerne la parole ; la dysphasie serait en recrudescence à l'occasion de contrariétés ou au moment des règles ; elle s'atténue au contraire à la faveur de conditions agréables, par exemple pendant un voyage de 48 heures à la mer. Au point de vue clinique, elle présente la même variabilité paradoxale, soit selon les mots, soit selon les circonstances : c'est ainsi que lors d'un de nos examens, complètement incapable de prononcer certains mots, la malade les énonçait correctement à voix haute dès qu'on lui demandait, une seconde fois, de seulement les prononcer tout bas.

Le 30 juin dernier, l'enregistrement du réflexe oculo-cardiaque a donné les résultats suivants : pression moyenne : 104-76 ; pression forte : 104-36 ; épreuve psychique : 100-92. Le réflexe solaire s'est montré positif, mais beaucoup moins fort.

De nouveaux examens neurologique et oculaire ont été négatifs.

En résumé, il s'agit d'une fille de 14 ans qui présente un mutisme partiel et variable, touchant surtout les mots débutant par des occlusives, mais caractérisé encore par une certaine électivité idéïque, dont l'impossibilité de dire le mot « quatorze » est la signature ; ce mutisme cède, soit lorsque la malade prononce automatiquement le mot sur lequel elle achoppe, soit lorsqu'on lui propose le même mot, mais décomposé en ses diverses syllabes.

En présence de cette dissociation paradoxale, le premier diagnostic à discuter est la simulation. Si l'on ne fait appel à aucun élément extérieur au trouble lui-même, on doit constater que sa prédominance nette sur les mots commençant par des occlusives constitue une électivité qui ne peut guère procéder d'un choix intentionnel.

Mais cette impossibilité n'est pas absolue : elle disparaît si le mot est décomposé en ses éléments. C'est là une constatation suffisante pour éliminer l'hypothèse d'anarthrie que nous ne mentionnons que parce qu'elle a été envisagée.

Ce dernier caractère ne doit pas faire penser à un bégaiement. Dans ce dernier cas, la résolution du blocage ne s'accomplit qu'à la faveur de l'attaque sur une voyelle : par exemple, un bègue qui ne peut dire « bateau » dit « a-bateau » ; ici, le procédé est différent : la malade arrive à dire « ba-teau ». Si elle a

©BIUM

présenté quelques itérations syllabiques, ce ne fut qu'épisodiquement et dans des conditions qui témoignent de sa suggestibilité. Chez elle, le blocage intermittent de la parole n'a pas non plus les caractères de la forme de bégaiement connue sous le nom de bégaiement tonique.

On est donc en droit de penser qu'il s'agit là d'une névrose dysphasique comparable à certaines névroses dysphagiques, comme le mutisme complet l'est à l'anorexie mentale. Sur le vécu du blocage de la parole, la malade nous donne peu de renseignements : « les mots s'arrêtent dans sa gorge, elle sent de l'électricité qui lui passe en dedans, ça la suffoque ». La signification du syndrome reste également obscure : qu'elle ne puisse prononcer le mot « quatorze », nombre de ses années, alors que, par ailleurs, elle exprime le regret de n'être plus un bébé, paraît bien indiquer que ce symptôme au moins a une signification personnelle. La valeur réactionnelle de la névrose est indiquée par les mauvais rapports avec le père, la variabilité selon les circonstances. Mais à cette situation et à ces circonstances génératrices, elle réagit avec un caractère, dont on a signalé l'émotivité et la suggestibilité. De l'aptitude hystérique, la malade a donné au surplus le témoignage par une astasie-abasie de 15 jours, survenue à l'âge de 5 ans.

La variabilité de cette dysphasie, l'efficacité thérapeutique de la persuasion et en particulier de la suggestion au cours du sommeil scopochloralosique nous la fait considérer comme pithiatique plutôt que comme hystérique, en réservant ce diagnostic à des états névropathiques plus profonds, plus durables et plus résistants.

Mais la récidive des troubles montre que la suggestion associée à la narcose n'a été qu'une thérapeutique palliative et superficielle, et non une cure radicale, dont, dans ce cas particulier au moins, une psychothérapie pénétrante et prolongée, d'inspiration psychanalytique, paraît seule capable. La suggestion n'a pas plus assuré une guérison complète de la névrose que la suggestibilité n'en épuise la nature et la genèse.

M. H. Baruk. — Les dissociations de fonction si fines que vient de nous montrer M. Lagache diffèrent de l'aspect habituel des troubles pithiatiques du langage : dans ce dernier cas, le trouble est en général global, avec suppression totale de tout langage, et ressemble extérieurement plus à un mutisme ou à une aphonie d'apparence volontaire qu'à une véritable dysphasie. Cette observation est en tout cas fort curieuse.

©BIUM

M. H. CLAUDE. — Pour moi, au contraire, je crois que l'on est en présence de la forme la plus élémentaire du pithiatisme. Et je répète ici, ce que je développerai au congrès de Bruxelles, que pour moi le pithiatisme et l'hystérie sont deux choses différentes.

L'hystérie c'est l'aptitude à isoler et à fixer certaines manifestations de l'activité motrice, sensitive, sensorielle ou psychique, en un mot certains états fonctionnels. La part de la suggestion est nulle ou insignifiante sur ces fixations. Le pithiatisme c'est l'aptitude à réagir d'une façon momentanée aux suggestions, aptitude qui ne se rencontre que chez des sujets peu intelligents et donne naissance à des troubles légers et fugaces.

Or le trouble de cette jeune fille est très léger. Elle hésite à prononcer certains phonèmes, uniquement dans les circonstances où le phonème est lié à l'idée d'un mot. Il n'y a pas là dissociation d'un état fonctionnel. Il s'agit d'un phénomène purement psychique, donc pas hystérique, donc d'un phénomène pithiatique. Et si ce trouble existe encore, c'est parce que le sujet continue à vivre dans le milieu où le trouble a pris naissance.

M. D. LAGACHE. — Je voudrais répondre à une objection que fait M. Baruk au diagnostic de dysphasie pithiatique que nous avons porté : l'hystérie, dit-il en substance, réalise des syndromes globaux ; par exemple, dans l'ordre du langage, elle réalise un mutisme, et non des troubles dissociés du type de celui qui nous a été rapporté, à moins qu'il ne s'agisse là d'un syndrome nouveau.

Il est de fait que notre cas s'écarte des troubles déficitaires de la parole communément attribués à l'hystérie. Il est de fait que ce mutisme partiel touche électivement certains phonèmes et certains contenus idéiques. Mais cette dissociation est-elle une raison suffisante pour l'exclure du cadre du pithiatisme ? Nous croyons avoir établi le contraire.

En principe, on ne voit pas pourquoi l'hystérie ne réaliserait pas aussi bien des dissociations que des associations paradoxales.

Et les névroses dysphagiques que M. Baruk lui-même a rattachées au pithiatisme ne sont pas non plus un syndrome global, en ce sens que l'impossibilité de manger n'est ni complète ni continue. La dysphasie particulière décrite par nous est au mutisme complet ce qu'une névrose dysphagique est à l'anorexie complète.

©BIUM

A propos d'une contracture oculo-palpébrale et d'une paralysie brachiale hystériques. — La phase prodromique neuro-végétative des accidents pithiatiques. — Considérations diagnostiques et thérapeutiques, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU et A. CARLE.

Chaque fois qu'on aborde le problème de l'hystérie, on se heurte à une difficulté préliminaire qui consiste à en donner une définition clinique suffisamment exacte. Dans son prochain rapport (1), l'un de nous indique les raisons cliniques, historiques et physiologiques qui militent en faveur d'une délimitation restreinte de l'hystérie. Cette délimitation a pu être réalisée après le long travail de démembrement du territoire trop vaste de l'ancienne hystérie, grâce notamment aux travaux de Babinski. Ces travaux ont permis de préciser avec une grande netteté les caractères distinctifs des accidents pithiatiques constitués. Toutefois, ils laissent un peu de côté la question des prodromes de l'affection et la notion des stades de son évolution.

L'observation que nous rapportons, qui a trait à une malade suivie par l'un de nous depuis dix ans, permet de mettre en évidence, non seulement les critères neurologiques classiques qui permettent de diagnostiquer le pithiatisme, mais encore les phases initiales, trop négligées, de la maladie qui ont un grand intérêt au point de vue physiologique.

La plupart des cas d'hystérie se présentent différemment à l'observateur suivant la période où l'on examine le malade. A ce point de vue, il faut, le plus souvent, distinguer deux stades essentiels :

1° *Un stade prodromique*, constitué par des troubles nerveux, viscéraux et végétatifs, extrêmement variés, mais qui n'ont en eux-mêmes rien de caractéristique, car ces divers troubles sont communs à la phase de préparation de toutes les névroses ou psychoses (psychasthénie, psychoses périodiques, schizophrénie, etc...).

2° *Le stade des accidents caractéristiques*, c'est-à-dire celui des troubles moteurs constitués : paralysies, contractures, etc., où un examen objectif précis permet de dépister la nature hystérique des troubles, et par suite d'en assurer la guérison.

(1) H. BARUK. — L'hystérie et les fonctions psycho-motrices. Etude psycho-physiologique. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes*, Bruxelles, juillet 1935.

©BIUM

L'observation suivante permet d'illustrer ces notions :

Observation de Mme D..., née en 1891, vue par l'un de nous pour la première fois dans le service du Dr Souques, à la Salpêtrière, *en août 1925.*

Elle vient consulter à cette époque pour une monoplégie brachiale droite avec céphalées.

Depuis sa toute première enfance, Mme D... est sujette aux maux de tête. Ils surviennent de façon paroxystique et sont qualifiés de migraines. Une à deux fois par semaine, une *douleur frontale* apparaissant dès le réveil, s'aggravant dans la journée, et nécessitant l'alitement. Des nausées ; pas de vomissements.

Dans l'intervalle, même douleur, mais supportable.

En juillet 1924, les maux de tête changent de caractère, prennent la forme de douleurs occipitales continues, plus profondes que les précédentes, et de plus en plus violentes.

De temps en temps, impression de menace de perte de connaissance. Elle a le temps de s'allonger ou de s'asseoir, mais elle reste immobile pendant environ un quart d'heure, *incapable de faire un mouvement ni de parler.* Le souvenir de ces malaises est toujours conservé. Ils surviennent une ou deux fois par semaine.

En septembre 1924, brusquement, après une période fébrile de quelques jours à 39-40°, un soir, en faisant manger sa petite fille, Mme D... ressent une sensation d'oppression, d'étouffement. Ses yeux se ferment et elle reste complètement immobile.

Toute la nuit suivante : vomissements incessants.

Transportée à l'Hôpital de Tours, elle reste 12 jours dans un état qualifié de « léthargie » et rapporté à une encéphalite.

Elle est immobile, dans le décubitus dorsal, les yeux fermés.

Malgré un grand besoin de dormir, elle ne dort pas vraiment en ce sens qu'elle ne va jamais jusqu'à la perte de conscience du sommeil.

Elle entend tout ce qui se fait et se dit autour d'elle, elle reconnaît la voix de son mari qui vient la voir, elle comprend très bien qu'on veut la faire manger, mais elle ne peut ni proférer une parole, ni faire un mouvement.

La nuit elle ne dort pas davantage.

Durant toute cette période, la température demeure aux environs de 35°5, 36°.

A la suite de cette période, il subsiste un état de fatigue extrême, et de plus *un tremblement de tous les membres* qui dure 10 jours, avec, toujours, une insomnie extrêmement tenace.

Peu à peu cet état s'améliore, mais en novembre 1924, assez brusquement, un matin, au réveil, elle constate *un tremblement du bras et de la jambe droite,* tremblement continu, même dans l'attitude de repos, qui dure 3 à 4 jours.

En même temps : céphalée violente.

©BIUM

Puis le tremblement disparaît, mais la malade s'aperçoit qu'elle serre difficilement les mains, surtout la main droite.

Elle reprend cependant son travail en décembre 1924, mais elle est toujours gênée dans les mouvements des mains.

Le 12 mai 1925, un soir, elle ressent brusquement une sensation de froid intense dans tout le bras droit. La main, dit-elle, devient subitement violacée et enflée, et *tout le membre supérieur droit, complètement paralysé*. Les céphalées, l'insomnie reprennent avec violence et ténacité.

De nouveau elle entre à l'Hôpital de Tours.

Ponction lombaire. Prise de sang. Traitement électrique.

Enfin, *le 28 août 1925*, elle est examinée à la Salpêtrière, dans le service du Dr Souques.

Mme D... présente alors une paralysie flasque du membre supérieur droit.

Etude des mouvements. — Dans la marche, les deux membres supérieurs sont complètement immobiles, sans mouvements automatiques ni associés.

Membre supérieur droit: flasque, hypotonique dans les mouvements passifs, main légèrement cyanosée et un peu œdématiée, mouvements actifs : fléchit seulement un peu la main sur l'avant-bras (mouvement dans lequel apparaît un tremblement de la main).

Mouvements des bras et de l'épaule : nuls.

Membre supérieur gauche : tous les mouvements sont possibles. La malade se sert de ce bras pour se coiffer, se peigner, etc..., mais la force musculaire y est *considérablement diminuée* (presque 0 au dynamomètre).

Réflexes : radial, cubital, tricipital : égaux et normaux des deux côtés.

Sensibilité : tactile, thermique, à la piqûre : légère hypoesthésie à droite, surtout pour la thermique ; musculaire, diapason : conservées des deux côtés.

Stéréognosie : conservée des deux côtés.

Pas d'adiadococinésie.

Pas de signes cérébelleux.

Pendant quelques jours, Mme D... se plaint de *douleurs* assez vives dans le bras droit (sensation de torsion), douleurs plus fortes la nuit.

Tremblement : à droite, dans la flexion de la main sur l'avant-bras; à gauche, dans la position du serment.

Ce tremblement augmente très nettement dans certains mouvements nécessitant une force musculaire (prendre un objet, porter un verre à la bouche). Par contre, les mouvements tels que : porter un doigt sur le nez, la main sur la tête, sont corrects.

Membres inférieurs : peu de chose. La force musculaire est un peu diminuée à droite. Les réflexes de posture paraissent abolis.

Nerfs craniens : rien d'anormal.

Pas de troubles sphinctériens.

©BIUM

Aucun trouble de la parole.

Aucun trouble psychique.

Lors des premiers examens, en raison du caractère des céphalées, l'hypothèse de tumeur cérébrale fut envisagée. Un examen oculaire complet, pratiqué par Mme Weismann-Netter le 29 août 1925, montra:

Motilité oculaire intrinsèque et extrinsèque normale.

Pas de diplopie au verre rouge.

Accommodation et convergence normales.

Papilles normales, aucune lésion perceptible du fond d'œil.

Pas d'hémianopsie, champ visuel très légèrement rétréci.

Acuité visuelle abaissée, hypermétropie.

Peu de temps après, le Dr Souques, rentrant de vacances, examine Mme D... et fait, d'après l'aspect de la monoplégie, le diagnostic de pithiatisme.

De fait, le torpillage fait disparaître les troubles moteurs, et la malade, rentrée à Tours, poursuit encore quelque temps l'électrothérapie, à la suite de laquelle elle est complètement guérie.

Pendant une période de 7 ans, jusqu'en 1932, Mme A... se maintient en bonne santé.

A cette date, elle revient consulter l'un de nous dans les circonstances suivantes, pour un nouvel accident, cette fois d'une tout autre nature : *des troubles dans la sphère visuelle et palpébrale.* Ces troubles furent précédés des phénomènes suivants : reprise des céphalées sous forme de brûlures calmées par le froid ; céphalées exagérées encore par l'abus du café.

En mars 1932, étant occupée à piquer à la machine, Mme D... a la sensation que la machine se déplace. Puis elle tombe à terre sans se blesser. « J'entendais tout, mais je ne pouvais pas bouger. » Elle reste plus d'une heure immobile.

Pour réagir elle essaie de se secouer en faisant de gros travaux.

Vers Pâques, les maux de tête redoublent.

En avril, nouvel accès de sommeil cataleptique avec immobilité et troubles précordiaux (battements de cœur).

Elle se repose alors, mais les maux de tête s'accentuent encore.

Enfin apparaît un *battement de la paupière droite ;* en 8 jours l'œil se ferme complètement.

Même phénomène du côté gauche, avec occlusion de la paupière.

Examen en décembre 1932. — La malade se présente tâtonnant comme un aveugle. On soulève facilement ses paupières. Les globes sont révulsés en bas et immobiles. Tout mouvement actif des globes est impossible.

Réflexes cornéens : très affaiblis.

Réflexe du voile : aboli.

Réflexes tendineux : vifs.

Cutanés abdominaux : vifs.

Elle entre quelques jours dans le service libre du Pr Claude où elle est torpillée sans résultat par le Dr Tinel.

©BIUM

Elle vient alors se faire traiter dans notre service de la Maison Nationale de Charenton.

On lui fait prendre le matin un cachet de *scopochloralose* (0 gr. 50 de chloralose, un demi-milligramme de scopolamine) qui amène facilement la disparition totale de tous les accidents.

Les troubles moteurs disparaissent les premiers : dès le soir, la malade ouvre les yeux et voit.

Par contre, les troubles végétatifs (céphalée, gêne dans les mouvements de la nuque, etc...) ne disparaissent que 4 jours après.

Mme D... peut reprendre son travail et se trouve même complètement débarrassée de tout un cortège de troubles vasculaires (pâleur, frilosité, etc...) dont elle souffre depuis longtemps.

Sa santé demeure parfaite jusqu'en 1934. A cette époque, à la suite de très gros surmenages suivis d'une coqueluche, elle vient se soigner à l'Hôpital Saint-Joseph où elle entre le 3 juin 1934.

Comme elle se plaint du ventre, elle est examinée au point de vue gynécologique et opérée le 3 juillet d'une salpingite.

Anesthésie à l'éther, difficile, très pénible.

Au réveil, réapparition de maux de tête frontaux extrêmement violents.

Peu à peu, Mme D... sent une tendance à fermer de nouveau ses yeux.

Vers le 20 juillet : soif intense, perte de l'appétit.

Battements violents dans la tempe droite.

L'œil droit se ferme alors tout d'un coup, puis l'œil gauche.

Elle revient alors dans notre service à la Maison Nationale de Charenton.

Examen du 18 août 1934. — A son entrée, malade d'apparence très fatiguée, le visage très pâle, se plaignant d'insomnie tenace. La voix est faible, un peu comme une voix d'enfant, différente de son timbre normal. Paupières fermées, mais non contracturées. Globes oculaires dirigés *à droite et en bas*. Tout mouvement actif des globes impossible. Hyperhémie conjonctivale avec sécrétions muco-purulentes. Le fait de soulever les paupières avec un doigt occasionne « une grande fatigue dans la tête ».

Pupilles : réagissent bien à la lumière, peu dilatées.

Vision : ne distingue pas les physionomies, ne peut dire le nombre de doigts qu'on lui montre, ni reconnaître un objet. Cependant voit le blanc : « Je vois du jour ». « Je vois la blouse blanche ».

A la face : légère déviation de la mâchoire inférieure à gauche. Bâillements fréquents. Tremblement de la mâchoire inférieure dans le geste d'ouvrir la bouche. Réflexe du voile conservé. L'examen neurologique reste par ailleurs complètement négatif.

Le 25 octobre 1934, absorption d'un cachet de *scopochloralose* (0 gr. 50 de chloralose, un demi-milligramme de scopolamine). Vue vers midi en état de sommeil, pouls : 70 ; on fait quelques réflexions psychothérapiques. Réveil vers 16 h. Les paupières sont un peu

©BIUM

collées. Elle se met à pleurer, puis ouvre les yeux facilement. Vue de nouveau à 16 h. 30. Yeux complètement ouverts. Il ne persiste aucune paralysie des globes. Mme D... lit elle-même l'heure sur une montre. Nouvelle crise de larmes.

Dans les jours qui suivent, la guérison se confirme définitivement. Les petits symptômes de puérilisme (voix aiguë) disparaissent également.

Depuis lors, Mme D... est toujours en parfaite santé.

ANTÉCÉDENTS. — *A. héréditaires : Père* mort à 80 ans, aucune maladie nerveuse.

Mère souffre depuis l'âge de 40 ans de troubles de la vue (presque aveugle) et de paralysie des membres inférieurs. La nature de ces troubles n'est pas connue. 8 frères et sœurs.

Une sœur morte à 29 ans de tuberculose a eu un fils tuberculeux.

Un frère soigné pendant 2 ans à l'asile Ste-Anne souffre de crises nerveuses ; a été opéré récemment d'une tumeur cérébrale ; a eu 5 enfants dont deux arriérés ; une fille morte de tuberculose à 18 ans, trois autres frères bien portants, trois autres sœurs bien portantes ; certains enfants sont morts de méningite.

A. personnels : vers 15 ans, troubles nerveux mal définis, céphalées, troubles mentaux (?).

Mariée à 23 ans, très malheureuse en ménage, vivant dans des conditions difficiles, soumise à des émotions et à des tracas continuels.

Trois enfants : fille de 15 ans, bien portante ; fils de 13 ans, adénopathie trachéo-bronchique ; fille de 11 ans, idiotie, encéphalopathie infantile, placée à la Fondation Vallée. Morte récemment.

Commentons maintenant les éléments essentiels de cette observation.

Cette malade a présenté sous nos yeux, pendant une période d'une dizaine d'années, une série d'accidents pithiatiques variés : paralysie brachiale, oculaire, catalepsie, tremblement. Ces divers accidents ont chaque fois évolué en deux phases : la phase végétative prémonitoire ; la phase des troubles moteurs localisés.

I. LA PHASE PRÉMONITOIRE est marquée par des malaises extrêmement multiples : céphaliques, viscéraux, qui posent des problèmes de diagnostic très difficiles.

Ce sont d'abord *les céphalées :* céphalées extrêmement violentes, à tel point qu'elles ont pu, même devant des neurologistes avertis, évoquer l'hypothèse d'une tumeur cérébrale.

De tels faits ne sont pas rares : la céphalée est souvent extrêment violente dans les prodromes des accidents hystériques.

Sa localisation est variable ; mais *nous insistons tout spécialement sur une forme particulière de douleurs à localisation cer-*

©BIUM

vico-occipitale, s'accompagnant parfois d'une forte tension de la nuque et même d'une certaine gêne dans les mouvements.

Pour un observateur non prévenu, ces céphalées peuvent véritablement simuler de très près celle des tumeurs de la région bulbo-protubérantielle, et en particulier du 4e ventricule.

Ces rapprochements sont d'ailleurs très intéressants, car ils militent en faveur de perturbations probables de certains centres sympathiques, avec troubles vasculaires céphaliques. En faveur de cette hypothèse, on trouve : les troubles vasculaires notables que l'on observe en pareil cas et qui ont été très nets chez notre malade, pâleur extrême de la face, troubles manifestes des vasomoteurs et des capillaires, parfois même quelques vertiges. D'ailleurs, ces troubles s'exagèrent très notablement à la suite de la fatigue, des causes émotives ou affectives dont le retentissement est, comme on le sait, considérable sur les fonctions vasculaires et végétatives.

En dehors de ces troubles céphaliques, notre malade présente, dans la même période, des troubles généraux : amaigrissement, insomnie, fatigabilité extrême, peut-être même note-t-on une certaine hypothermie. Signalons, d'autre part, le fait qu'un des premiers accidents pithiatiques aurait été précédé d'un accès fébrile, ce qui aurait attiré l'attention du médecin sur la possibilité d'une encéphalite. Ce diagnostic a été rapidement écarté, et il a pu être complètement éliminé d'après l'évolution de la maladie.

Mais cette question du diagnostic différentiel entre le pithiatisme et certaines encéphalites mérite d'être souligné, nous y reviendrons dans notre communication suivante.

Les divers troubles généraux et végétatifs que nous avons vus avec une fréquence extrême chez la plupart des pithiatiques, ne sont cependant pas caractéristiques en eux-mêmes du véritable pithiatisme. Nous les avons retrouvés dans la plupart des états de fatigue nerveuse, ou dans la convalescence des maladies graves. L'un de nous y a spécialement insisté avec Laurent, dans les prodromes des psychoses, en particulier, de la schizophrénie (1).

Tous ces symptômes prodromiques traduisent seulement la souffrance du système nerveux. Ils ont, à ce point de vue, une grande valeur en tant qu'avertissement, mais ils ne permettent pas encore de préciser la nature exacte du trouble pathologique qui va survenir.

(1) H. Baruk et Laurent. — La phase somatique prodromique de la démence précoce. *Semaine des Hôpitaux de Paris,* juin 1933.

©BIUM

Cependant, ils ne doivent pas être pris à la légère comme on le fait trop souvent et devraient déjà exiger des conditions de repos physique et moral qui pourraient peut-être éviter les accidents ultérieurs.

II. PHASE DES ACCIDENTS MOTEURS PITHIATIQUES. — Dans la période précédente, il s'agit de troubles essentiellement diffus, atteignant en quelque sorte toute l'économie. Dans la seconde phase, ces troubles vont *se localiser* et *se concrétiser* sur un segment déterminé. C'est ainsi que chez notre malade est apparue une fois une douleur dans le bras droit, un œdème du même côté, préludes de la paralysie prochaine de ce segment. Une autre fois, une sensation de poids sur les paupières, prélude d'une contracture prochaine des globes. Souvent l'apparition des accidents neurologiques est précédée d'un engourdissement spécial, réalisant le tableau de la *crise de catalepsie*. Puis les accidents moteurs peuvent acquérir leur complet développement, c'est la phase où le pithiatisme revêt ses caractères distinctifs.

Dans son rapport, l'un de nous résume ces caractères dans les quatre propositions suivantes :

1) *Le trouble hystérique réalise, du moins dans son apparence extérieure, un aspect analogue à celui d'une action volontaire (trouble psycho-moteur).*

2) *Il ne s'accompagne pas de modifications objectives des réflexes tendineux ou cutanés, ni des signes habituels des lésions anatomiques de localisation actuellement connues (lésions pyramidales, extra-pyramidales).*

3) *Il ne s'accompagne pas de troubles psychiques grossiers (délire, troubles graves du comportement, etc.) susceptibles de donner au malade l'aspect d'un vrai psychopathe ou d'un aliéné, ni à aucun moment de l'abolition de la conscience ou du souvenir.*

4) *Il peut être guéri totalement et quasi-immédiatement par un procédé plus ou moins psychothérapique.*

Reprenons ces quatre grands caractères, en les appliquant à notre malade.

1. *Le trouble moteur ressemble, extérieurement, à une action volontaire.*

Cette apparence volontaire est surtout caractéristique lorsqu'on est en présence d'une contracture ; voici par exemple la *contracture oculaire :*

Y retrouvons-nous des atteintes isolées de tel muscle ou de tel nerf ou même d'une fonction synergique précise du névraxe, comme les mouvements d'élévation ou de latéralité (paralysie

©BIUM

de fonction de Parinaud) ? Nullement. Notre malade a le regard dirigé en bas et à droite. Cette attitude ne correspond à l'atteinte d'aucun système anatomique localisé, et elle constitue une attitude complexe, coordonnée du regard, comme pour regarder un objet situé dans une partie déterminée de l'espace. Tels sont donc les caractères morphologiques positifs qui permettent à un clinicien exercé de différencier déjà ces contractures pithiatiques.

2. Il s'y ajoute bientôt un *caractère négatif :* l'absence de perturbations des réflexes tendineux et cutanés que l'on retrouve dans les lésions pyramidales ou extrapyramidales.

3. Un autre caractère négatif, plus délicat peut-être à apprécier, est *l'absence apparente de troubles psychiques grossiers.* A ce point de vue, il nous faut bien préciser notre pensée. Nous ne voulons pas dire par là que le malade n'a pas de troubles psychiques. La malade dont nous venons de rapporter l'histoire présentait non seulement des manifestations dépressives évidentes, mais encore, des troubles psychiques très curieux se traduisant par des troubles de la voix, aiguë comme celle d'un enfant rappelant à un certain point de vue le puérilisme. Cependant, à aucun moment, cette malade ne se présentait comme une véritable aliénée. Son comportement est toujours resté absolument normal, sa lucidité parfaite, la conscience de ses troubles absolue.

Elle n'a jamais présenté la moindre trace de délire, de désagrégation psychique, etc... Entre une malade de ce genre et une malade atteinte de psychose, la différence est absolument frappante. Sans doute, peut-on nous objecter cependant les cas de psychose où l'on peut retrouver de la dépression psychique et même du puérilisme, mais *la couleur* de ces symptômes est tellement différente que la méprise est impossible, même pour l'observateur le moins exercé.

En un mot, chez notre pithiatique, les troubles psychologiques n'entament pas la personnalité, et restent en quelque sorte dissimulés, tandis que dans une véritable psychose, ils déforment ou désagrègent la personnalité. C'est la différence fondamentale qui existe entre l'hystérie qui doit rester *une névrose* et la schizophrénie qui, elle, est *une psychose*. Ces troubles psychologiques sont plutôt des troubles portant sur le tempérament et le caractère, mais retrouvons-nous chez notre malade les éléments que l'on rapporte classiquement à la mentalité hystérique, c'est-à-dire la mythomanie, la tendance exagératrice, le jeu de comédie, etc. ? Sans nier l'existence de ces caractères chez certains malades, nous pouvons conclure de l'étude de notre observation qu'ils n'existent pas ici.

©BIUM

Mme D... est citée, dans tout son entourage, comme le modèle d'une femme extrêmement énergique, travaillant au delà de ses forces, d'un dévouement extrême et d'une grande élévation spirituelle. Tout ce que l'on peut noter chez elle, c'est une fatigabilité et une émotivité importante. Mais c'est précisément, le plus souvent, à la suite d'excès de tension de sa volonté que Mme D... tombe malade, et qu'à ce moment, le contrôle volontaire, véritablement trop surmené, fléchit malgré elle.

Cette sensibilité psychologique spéciale, cette aptitude particulière que l'on relève chez la plupart des hystériques, nous en retrouvons les racines dans les données héréditaires et familiales. Nous avons souligné combien étaient chargés les antécédents de cette malade. La forte proportion d'atteinte du système nerveux, organique ou autre (encéphalite, tumeur cérébrale) montre bien, malgré les syndromes différents, la fragilité nerveuse, et le terrain propice aux affections aussi bien neurologiques que mentales.

4. Les caractères positifs et négatifs précédents permettent donc, pour peu qu'on veuille faire un examen sérieux, de faire le diagnostic de pithiatisme et de le différencier d'une part des autres syndromes neurologiques et d'autre part des psychoses. Il reste un dernier moyen de faire la preuve de l'exactitude du diagnostic par l'*épreuve thérapeutique*.

Cette épreuve est capitale et doit vraiment constituer *la sanction du diagnostic*.

On nous objecte souvent la difficulté de définir la guérison et la possibilité de rechutes. Celles-ci sont, en effet, fréquentes comme le montre notre observation. La guérison clinique peut ne pas être définitive, mais ce qui est particulier c'est le pouvoir qu'a le médecin de déterminer à volonté la *restitutio ad integrum*.

Cette action thérapeutique est surtout nette d'ailleurs en général sur l'accident moteur, c'est-à-dire sur l'élément vraiment caractéristique du pithiatisme. Elle s'exerce moins nettement sur les symptômes de la « phase de préparation », c'est-à-dire sur les symptômes végétatifs. Chez notre malade, ceux-ci ont disparu cependant assez rapidement, après la contracture ; dans certains cas, ils persistent assez longtemps et nécessitent des soins spéciaux (repos, traitements sédatifs, etc...).

Ce faits montrent bien que tous ces signes végétatifs (angoisses, céphalées, troubles subjectifs, cardiovasculaires, digestifs, etc.) sont souvent improprement qualifiés de pithiatiques, et ne constituent que des *symptômes d'alarme* avertissant de l'existence d'une dépression nerveuse souvent prodromique d'une névrose ou d'une psychose.

©BIUM

Nous avons rapporté surtout cette observation à titre d'exemple. En elle-même, elle mériterait encore d'autres commentaires. L'existence de contracture pithiatique oculo-palpébrale est fort rare. Nous ne connaissons guère dans le même ordre d'idées qu'une observation de Balduzzi. Cette localisation peut peut-être s'expliquer chez notre malade par certaines conditions subjectives : en effet, durant son premier séjour à la Salpêtrière il y a 10 ans, plusieurs externes du service ayant pensé, en raison des céphalées, à la possibilité d'une tumeur cérébrale, avaient souligné plusieurs fois devant la malade la nécessité de surveiller de près son fond d'œil et sa vision. Cinq ans après, se constituaient les accidents oculaires pithiatiques.

Mais la suggestion n'a pu ici donner sa forme à l'accident pithiatique qu'après une nouvelle phase d'épuisement nerveux et de gros troubles végétatifs, montrant ainsi l'intrication des facteurs physiologiques et psychologiques. Nous nous garderons ici de développer les problèmes pathogéniques et étiologiques que l'on trouvera exposés dans le rapport de l'un de nous, ainsi que la technique et les résultats de l'épreuve du scopochloralose qui se trouvent détaillés dans ce même rapport au Congrès de Bruxelles.

M. René CHARPENTIER. — Lorsqu'il s'agit d'hystériques et de troubles subjectifs comme la céphalalgie, M. Baruk ne pense-t-il pas qu'au lieu d'affirmer que les maux de tête sont extrêmement violents, il pourrait être préférable de parler de « maux de tête que le malade présente comme étant extrêmement violents » ?

M. Ach. DELMAS. — Je suis d'accord avec M. René Charpentier pour demander que les troubles subjectifs tels que la céphalée soient présentés non comme certains, mais seulement comme allégués. En particulier, la malade présentée nous parle d'un ronflement dans la région occipitale et d'un serrement au front qui paraissent correspondre à ces troubles de sensibilité céphalique plus gênants et angoissants que vraiment douloureux des états dépressifs — et la malade avait justement un état dépressif — mais ne paraissent pas constituer une « céphalée intense ».

M. H. CLAUDE. — Les troubles vasomoteurs des hystériques sont souvent constatés sur leur peau. De quel droit nier qu'ils puissent exister également sur les méninges et par conséquent produire les douleurs intenses accusées par les malades ?

M. H. BARUK. — Sans doute, les modalités de ces céphalées prémonitoires des névrosés ou des psychoses sont-elles parfois

©BIUM

un peu particulières par les troubles cénesthésiques qui les accompagnent. Mais il ne s'ensuit pas qu'elles n'existent pas. Tout en critiquant les déclarations des malades, il faut se défier de nier des symptômes sous le seul prétexte qu'ils sont subjectifs. Ceux-ci gardent toute leur valeur.

M. René CHARPENTIER. — En présence d'hypothèses dont nous reconnaissons tous la valeur, il est cependant prudent de ne rien affirmer.

Crise de catalepsie et crise d'énervement hystériques. — Diagnostic différentiel avec les crises symptomatiques. — Rôle du fléchissement des fonctions psychomotrices dans la pathogénie de ces crises, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU et A. CARLE.

Si les contractures et les paralysies hystériques ont des caractères neurologiques distinctifs précis, il n'en est pas toujours de même des crises nerveuses dites « de type hystérique », dont les frontières sont souvent fort mal tranchées et que l'on peut d'ailleurs rencontrer au cours des étiologies les plus variées.

On se borne en général à attribuer à la *crise hystérique* le caractère de crises s'accompagnant de gesticulations plus ou moins complexes sans perte de conscience, sans amnésie consécutive et, naturellement, sans signes neurologiques ou de localisation organique.

Il s'agit là, presque exclusivement pour certains auteurs, de manifestations artificielles ou plus ou moins simulées ; en vertu de cette conception, on a pris l'habitude d'en négliger un peu l'étude séméiologique et de leur donner une signification toute péjorative. En pratique, une telle attitude aboutit très souvent à de cruels démentis.

En effet, parmi ces crises dites de type hystérique : un certain nombre se révèlent symptomatiques d'affections cérébrales organiques ; d'autres marquent le début de psychoses graves ; d'autres enfin restent bénignes et ce sont ces dernières seulement qui doivent rester dans le cadre des crises hystériques vraies.

Il existe des affections cérébrales organiques se présentant dans leur phase de début, sous les apparences de « crises nerveuses hystériques ». La paralysie générale, certaines tumeurs cérébrales, diverses encéphalites, etc., débutent quelquefois ainsi.

Une seconde variété de faits est constituée par les crises

©BIUM

« de type hystérique » marquant le début de psychoses telles que psychose maniaque dépressive, catatonie de Kahlbaum, démence précoce, etc...

En réalité, ces diverses crises nerveuses symptomatiques d'affections organiques ou de psychoses au début *doivent être distraites du territoire de l'hystérie* et rapportées à leur étiologie réciproque.

Reste-t-il donc des crises nerveuses pouvant rentrer dans le cadre des crises hystériques ?

Il faudrait à notre avis limiter ce diagnostic à certaines crises légères, facilement curables et répondant ainsi, dans une certaine mesure du moins, à la définition du pithiatisme.

Voici deux malades que nous présentons parmi un grand nombre de malades analogues que nous avons observés. Ils réalisent deux variétés courantes de crises, la crise d'énervement et la crise de catalepsie :

Obs. de M. M..., âgé de 37 ans, est envoyé à la Maison de Santé en novembre 1934 pour « crises nerveuses ».

Les accidents présentés par le malade sont de trois ordres :

1) Crises nerveuses.
2) Céphalées cervico-occipitales.
3) Angoisses.

1) Les crises nerveuses actuelles ont débuté vers l'âge de 16 ans pendant la préparation des examens du baccalauréat, puis du Concours d'entrée à Centrale.

Au début, les crises apparaissaient comme des colères, survenant pour des motifs futiles. Elles duraient 4 à 5 minutes et se terminaient par une crise de larmes. D'abord elles étaient rares, tous les deux mois. « Cela dépendait de l'état de fatigue intellectuelle ou morale », influence des contrariétés.

Il est incorporé pendant la guerre. Les premiers mois, tout va bien. Puis au bout de quelques mois il est réformé temporairement pour « bronchite ». Il part à la campagne en 1915. Son état s'améliore. Repart au service auxiliaire et sous l'influence de la fatigue physique les crises reviennent : colères, crises de larmes.

Il contracte ensuite la dysenterie bacillaire qui est suivie d'un ictère franc avec décoloration des selles. Le malade est alors envoyé à Héricourt où il est traité par des lavements au chlorate de potasse. Guérison complète. Repart au front en 1918 où les crises reparaissent après les fatigues. Après l'armistice il fait un séjour dans un hôpital de « nerveux » à Nice où il est traité par la psychothérapie et le repos. Se marie en 1919. Beaucoup d'ennuis. Les crises se font très nombreuses. Il ne pouvait plus parler sans pleurer.

En 1921, M. M... va à Divonne où il est soigné par M. Bonus. Puis il va consulter le Professeur Castaigne qui a parlé d'hérédo-spécificité.

©BIUM

Après un traitement il va mieux. Pendant deux ans il va très bien. Il reste 4 ou 5 mois sans crises, mais ces derniers temps les crises surviennent presque tous les jours : tous les soirs aux dires de sa femme.

Il faut noter qu'il est très préoccupé par des pertes d'argent, des soucis professionnels.

2) Les maux de tête remontent à l'âge de 6 ans. Mme Francillon-Lobre, qui l'a examiné alors, parlait de « migraines infantiles avec vomissements ». Actuellement la céphalée est constante : pas de douleurs aiguës, mais sensation très pénible. Le malade dit qu'il ressent « comme un vide, mais douloureux ». Cette céphalée siège des deux côtés. Les mouvements ne l'exagèrent pas. Elle est plus intense au repos mais diminue après la fatigue intellectuelle.

Le matin, les maux de tête sont intenses, mais dès que le malade se met au travail, ils disparaissent pour reparaître quand le malade cesse de travailler. Lorsque les malaises sont très forts, le malade a du mal à garder sa tête basse car il ressent des vertiges.

3) Les angoisses datent de 2 ans environ. Elles se traduisent par la difficulté d'avaler avec l'impression de gorge sèche. La tête renversée en arrière, il avale difficilement sa salive et se trouve gêné dans cette position. Il ressent une impression de « gorge serrée ». Sensation de froid semblant descendre le long de la colonne vertébrale.

Antécédents. — Né à terme. Pas de convulsions mais se développe mal. Toujours très faible de constitution. Choléra infantile à 5 mois. Agé de 6 ans il a commencé à boiter. On a diagnostiqué une coxalgie aux Enfants Malades. Il est plâtré pendant 1 an 1/2. Puis une nuit apparaissent des vomissements noirâtres et des maux de tête, avec *insensibilité absolue* de tout le corps. Il est vu par Jalaguier ; on aurait pensé à une méningite mais Jalaguier diagnostique une intoxication qu'on traite. On enlève l'appareil plâtré et la *coxalgie est guérie*. Il s'agissait d'une coxalgie pithiatique.

Reste délicat : maux de tête, fatigue. Entérite muco-membraneuse continuelle. Rougeole, scarlatine, varicelle sans complications. Oreillons : deux fois. Coqueluche. Trois ou quatre jaunisses sans fièvre. Opéré d'appendicite par J.-L. Faure à 14 ans. Il en a tiré le plus grand bien. Acné juvénile polymorphe ayant résisté à tous les traitements. Seuls les UV ont donné un résultat appréciable. Habitudes d'éthylisme avéré. Colères violentes très brusques. Mélange de sentiments affectueux et d'égoïsme.

Examen. — Grand, mince, aspect longiligne. *Acné* siégeant « en manteau » sur le dos et les épaules. *Tremblement* menu — que le malade croit avoir toujours eu. Les *yeux* sont un peu brillants, mais sans exophtalmie. Il n'y a pas de goître apparent. Mouvements de globes et accommodation normaux.

Foie : dimensions normales. Non douloureux.

Rate : non percutable.

Poumons : rien à l'auscultation.

©BIUM

Cœur : normal.

Pouls à 80.

Examen neurologique : négatif mais réflexes abdominaux très vifs. La recherche du métabolisme basal faite en novembre 1934 donne le résultat suivant : métabolisme basal 46,7, soit une augmentation de 27 0/0. Mais il faut noter que le jour où fut recherché le métabolisme basal, le malade était assez fatigué.

Le malade est mis en traitement dans le service. On le laisse d'abord au repos et à l'isolement qui amènent une amélioration nette.

Traité ensuite par le scopochloralose, puis par l'hémato-éthyroïdine.

Il sort du service, n'ayant plus de crises, le 29 janvier 1935.

Dans les jours qui suivent sa sortie, réapparaissent des crises, par suite des difficultés de la réadaptation au travail et à l'existence familiale.

Evolution de la maladie. — M. M., revu en mars 1935, se plaint à nouveau de troubles semblables. Les maux de tête existent toujours. Le matin, une heure après le réveil, il a des crises de tremblement accompagnées de palpitations. Il en est de même le soir. Le malade a eu des ennuis de toute nature. Il compare ses malaises à une accumulation d'ennuis « comme une bouteille de Leyde qui est chargée de plus en plus ». Et à la fin la crise éclate. Dès qu'il se repose il va bien mieux. Revient consulter en mai 1935. A la suite d'un ennui de famille, un soir, il a deux crises : c'était une sorte d'étourdissement, « comme un abandon de moi-même », dit le malade. Il est tombé d'un seul coup sans perdre connaissance. Puis s'est relevé sans se débattre. D'après le malade : c'était l'ensemble de l'être qui a fléchi, déclanchement brusque après une résistance. « C'est la tête pensante qui a lâché. La volonté était à bout. » Après, il a pleuré et a été soulagé mais est resté très fatigué. Le malade se plaint également de ressentir des malaises le matin, une heure après son lever, il n'est pas bien du tout et éprouve des sensations très pénibles.

Revu en juin 1935. Narcolepsie, deux fois à quelques jours d'intervalle. Tendance invincible au sommeil. A un de ces moments là, se trouvant au volant de sa voiture, il a dû s'arrêter et a dormi pendant une heure et demie.

Actuellement le malade n'a plus de crises. Mais il reste cependant fatigable.

Obs. de Mme C..., âgée de 33 ans, souffre au réveil de l'impression de ne pas pouvoir remuer ni crier.

Début, il y a une dizaine d'années, par des troubles se produisant régulièrement après le sommeil de la nuit : si elle essaye de s'endormir à nouveau, il lui « passe un frisson », comme « quelque chose qui monte dans la tête », ce n'est pas un frisson de froid, « c'est comme si j'avais tout d'un coup une émotion ».

Aussitôt après ce frisson elle ne peut plus bouger. Si elle essaye de

©BIUM

crier, elle a l'impression que sa voix ne sort pas. Elle « n'entend pas sa voix ». Ne peut plus ouvrir les yeux. « J'ai l'impression que j'essaye d'ouvrir les yeux, mais je n'y arrive pas. » A ce moment là, Mme C... ressent en quelque sorte une impression de dédoublement. D'une part, elle a l'illusion qu'elle se traîne avec difficulté, et même qu'elle a changé de pièce, ouvert la fenêtre, appelé au secours, et d'autre part elle se rend compte qu'elle est restée dans son lit. Et elle se rend compte de cela par raisonnement. Puis il se produit en elle une fatigue intense ; « c'est, dit-elle, comme un bouillonnement, un paroxysme, et la crise est terminée ».

Elle reste simplement fatiguée et inquiète.

D. — Qu'est-ce qui vous empêche de remuer ? Est-ce parce que vos membres sont comme paralysés ou est-ce la volonté ?

R. — *La volonté.*

Conditions occasionnelles des crises. — Rapports avec le sommeil. Les crises surviennent toujours le matin, et seulement le matin. Quand elle se réveille au milieu de la nuit elle n'a pas de crises. Si elle se lève tout de suite après le réveil, la crise ne se produit pas. Jamais ces crises ne se produisent à l'état de veille (une seule fois un après-midi, mais après une sieste avec sommeil).

Rapports avec l'entourage. — Ces crises n'apparaissent que lorsque Mme C... est seule. Quand elle entend du bruit elle se réveille très bien. Le seul fait d'attendre à certains jours la femme de ménage l'empêche d'avoir une crise.

Depuis 10 ans, les crises se produisent presque à coup sûr dans de telles conditions. Quelquefois, sentant le frisson venir, elle parvient, en sautant du lit, à se lever. Elle sent néanmoins « quelque chose s'appesantir dans ses yeux ».

Actuellement : la malade allaite un enfant de 5 mois et présente en plus de ces crises habituelles les malaises suivants : à la suite de conversations l'ayant frappée (guerre, télévision) le 12 avril, couchée depuis une heure, elle se lève et a l'impression d'être « en cage », sensation de « boules de feu » aux deux épaules et à la nuque. Impression d'angoisse, peur de la mort. Ces troubles se sont dissipés avec la Passiflorine.

Le 22 avril environ, crise semblable, se réveille pour donner le sein à son enfant, crise d'angoisse semblable. A réussi à réagir d'elle-même.

Quelques obsessions. Besoin de vérification, remonte voir si sa porte est bien fermée quand elle est descendue dans la rue. Voit quelquefois tout en noir. A peur de ce qui pourrait arriver.

Souffre des reins. Douleur en ceinture. De nombreux examens cyto-bactériologiques des urines avec cultures ont permis de mettre en évidence une *colibacillose* urinaire indiscutable survenue après un premier accouchement en 1921. Trois grossesses. Une fausse couche. Enfants normaux et bien portants.

©BIUM

L'examen neurologique est entièrement négatif, on note cependant une certaine tendance à la conservation des attitudes.

Le tube digestif et l'appareil urinaire semblent en bon état actuellement. L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal.

Si l'on reprend ces deux observations, on voit que le trouble porte, avant tout, sur les *fonctions volontaires*.

Les fonctions volontaires psycho-motrices peuvent être atteintes soit dans leur action de contrôle, soit dans leur action de mise en train.

Dans l'observation de M..., la volonté n'arrive plus à effectuer sa fonction d'arrêt. Les réactions émotives d'abord refoulées se manifestent brutalement sous forme de décharge extérieure.

Le malade nous explique lui-même admirablement comment se produit la crise : Celle-ci se produit bien parce qu'il se laisse aller, « c'est un abandon de moi-même », dit-il. On pourrait croire, au premier abord, devant les déclarations mêmes du malade, qu'il s'agit d'une sorte de manque de courage, de comédie ; en réalité, le malade s'abandonne parce qu'il est épuisé de la lutte. Il s'agit donc là *non d'une réalisation voulue, mais d'un fléchissement par fatigue de la volonté*. Cette notion physiologique du fléchissement des fonctions psychomotrices volontaires nous paraît beaucoup mieux expliquer de telles crises que les interprétations péjoratives si souvent émises. Elle est beaucoup plus en accord aussi avec le rôle de la fatigue, les troubles de l'état général, les grandes perturbations végétatives qu'il est impossible de négliger chez ce malade. Les émotions, les conflits affectifs, dont nous ne méconnaissons pas l'importance, peuvent eux-mêmes être considérés comme de véritables causes physiologiques, jouant un grand rôle dans la détermination de l'épuisement nerveux et dans le fléchissement des fonctions de contrôle.

Dans le cas de Mme C..., il ne s'agit plus de décharge, mais de l'impossibilité de l'initiative motrice, ce qui fait que la malade est, en quelque sorte, saisie, immobilisée. C'est bien là ce qui définit cliniquement et étymologiquement la catalepsie (Κατα λαμβανω saisir).

Analysons d'un peu plus près maintenant le mécanisme de cette catalepsie et les déclarations de la malade à ce sujet.

Durant la crise, la malade n'a nullement l'impression que ses membres sont *paralysés*, et à ce point de vue, elle se différencie nettement des sujets atteints d'affections organiques, pyramidales ou extra-pyramidales. Elle dit, elle-même, que le trouble

©BIUM

réside *dans sa volonté*. Mais ce trouble de la volonté est-il voulu ? La malade en est-elle vraiment responsable ? Nullement. En réalité, il existe en elle, à ce moment-là, une véritable dissociation, une sorte d'ébauche de dédoublement, comme elle le dit elle-même, entre la pensée, le désir, la conception de l'acte et la mise en exécution de cet acte, c'est-à-dire l'effort de synthèse et de tension suffisante pour réaliser, suivant l'expression de William James, le « fiat ».

Là encore, il s'agit donc d'un fléchissement de fonction subi par le malade, non réalisé de toutes pièces par lui.

On voit donc tout l'intérêt de la notion de l'atteinte des fonctions psycho-motrices volontaires par la compréhension des crises nerveuses hystériques. Sans doute, de telles crises ne représentent-elles que la forme la plus légère de l'atteinte de ces fonctions, et c'est pourquoi elles se différencient des crises symptomatiques d'affections organiques ou de psychoses. *Mais ces différences résident surtout dans une question de degré* d'intensité et c'est encore cette question de degré qui explique le pouvoir différent de l'action thérapeutique.

D'ailleurs, il ne faudrait pas croire que, même dans les crises pithiatiques bien nettes, il n'intervient aucune cause biologique. Sans doute, de telles crises ne sont pas en rapport avec de véritables atteintes anatomiques du système nerveux ; mais toutes les causes de débilitation de l'organisme, de fatigue, d'épuisement, peuvent jouer un rôle important. C'est ainsi qu'agissent notamment les émotions, les conflits affectifs prolongés, et aussi d'ailleurs les intoxications et les dérèglements neuro-végétatifs.

A ce point de vue, en feuilletant nos observations, nous avons retrouvé, dans une série de crises hystériques, en apparence typiques, des causes étiologiques très importantes.

Intoxication par le CO dans un cas. Syndrome labyrinthique dans un autre. Chez plusieurs femmes, les crises ne se produisaient que dans la puerpéralité.

Une jeune femme présentait des crises hystériques à chaque grossesse, à la période des signes sympathiques.

Chez une autre malade, chez laquelle la crise était marquée par des troubles subjectifs gastriques intenses (sensation de boule) et qui était soumise à des invigorations variées, un examen somatique a permis de mettre en évidence une importante stase duodénale par pincement de la 3e portion du duodénum dans la pince des artères mésentériques.

Des deux observations que nous avons rapportées, l'une d'ail-

©BIUM

leurs a trait à une colibacillose et l'autre à un déréglement végétatif avec augmentation de métabolisme basal.

En somme, les crises que nous venons d'étudier ont une existence bien réelle. Elles sont évidemment différentes des crises d'*hystérie de culture* provoquées par le médecin sur des sujets impressionnables ou entraînés.

Ce genre de démonstrations est heureusement devenu fort rare. Il devrait disparaître, car, à ce point de vue, nous estimons qu'il y a lieu de se montrer extrêmement prudent dans ces manœuvres expérimentales qui visent à provoquer, chez le malade, des symptômes par suggestion.

Cependant, il serait regrettable, parce qu'il a existé ou qu'il existe encore, des cas ainsi créés plus ou moins artificiellement par le médecin, de généraliser cette pathogénie à toute une série de crises névropathiques qui, tout en présentant un important contenu psychologique, n'en ont pas moins des racines biologiques.

Un cas de tremblement hystérique. — Rôles respectifs de la suggestion, de l'émotion et des troubles végétatifs. — Traitement par le scopochloralose, par M. H. BARUK, Mlle Y. GÉVAUDAN, MM. R. CORNU, A. CARLE.

Nous vous présentons un malade dont l'évolution nous paraît intéressante à plusieurs points de vue.

Il s'agit d'un tremblement hystérique posant des problèmes de diagnostic différentiel intéressants et ayant pu être confondu au début avec un parkinsonisme post-encéphalitique. L'étude du détail de cette observation met en évidence l'apparition d'un tremblement survenu à la suite de troubles végétatifs très importants. D'autre part, elle montre des perturbations psychologiques, émotives et suggestives.

Observation de M. C..., 41 ans, infirmier. — Le 8 octobre 1933, à 8 heures du matin, en allant prendre son service, C... est pris subitement d'un *tremblement* « si fort, dit-il, qu'il serait tombé s'il ne s'était pas retenu à une table ». Il est remonté et s'est couché dans sa chambre.

Vu par l'un de nous le 21 octobre : le malade est au lit, relativement calme. Dès qu'on lui parle, il commence à présenter un tremblement global de tout le corps. Dans la position debout, le malade est violemment secoué et présente un véritable sautillement. L'examen neurologique se montre complètement négatif mais la percussion du

©BIUM

tendon rotulien pour la recherche du réflexe détermine un soubresaut violent de tout le corps.

Fait remarquable : ce malade qui était animé de secousses si violentes réussissait admirablement bien toutes les épreuves destinées à rechercher les signes cérébelleux.

Yeux : réflexes pupillaires normaux ; légère exophtalmie sans signes de Basedow associés.

Pas de troubles sensitifs.

Troubles végétatifs : sueurs abondantes.

Antécédents personnels. — Le 1er octobre, épisode grippal : température 40°. Sédation complète en 4 jours. Pas de maux de tête, pas de migraines, le tremblement débute le jour où il veut reprendre son service.

Long passé de dyspeptique soigné depuis sept ans à St-Antoine où l'on n'a rien trouvé d'organique.

Antécédents familiaux. — Sa mère aurait présenté à l'époque de la ménopause les mêmes phénomènes de tremblement.

Evolution : prend le 31 octobre à 9 heures, à jeun, un cachet de scopochloralose (chloralose 0 gr. 50, scopolamine un demi-milligramme). Dort jusqu'à 3 heures de l'après-midi. Pouls à 60.

Au réveil, le tremblement a presque complètement disparu, les sueurs également. Le malade mange de bon appétit.

Le 2 novembre, il se sent très bien, tremble un peu après fatigue ou émotion.

Le 8 novembre, vient à la consultation. Devant attendre la voiture qui doit le ramener, il présente un tremblement très fin du membre inférieur gauche.

Examen neurologique pratiqué ce jour : négatif. On note seulement une légère exagération du réflexe rotulien gauche (blessure de guerre).

L'examen du Dr Bourguignon montre le 4 août 1934 des chronaxies vestibulaires très augmentées. Les chronaxies musculaires varient d'un jour à l'autre. Dans la suite, C... a présenté à plusieurs reprises des crises de tremblement. Deux de ces crises sont survenues au cours de circonstances qui méritent d'être relatées : ayant été enfermé par mégarde dans une salle à la Maison Nationale de Santé de St-Maurice, il se crut interné et les tremblements réapparurent brusquement. L'autre fois, à la suite de l'examen d'un neurologiste qui fit remarquer, en présence du malade, l'exagération du réflexe rotulien gauche, un tremblement apparut dans le membre inférieur gauche quelques jours après.

Le tremblement de ce malade, survenu à la suite d'une légère grippe avec fièvre, pouvait être mis sur le compte, au premier abord, de la possibilité d'un parkinsonisme post-encéphalitique. Ce fut d'ailleurs le diagnostic porté par plusieurs médecins. Mais à un examen neurologique un peu approfondi, cette hypothèse

©BIUM

devait être facilement éliminée. Il s'agissait en effet non d'un vrai tremblement, mais de véritables sauts coordonnés extrêmement violents rappelant dans leur aspect extérieur plus des gestes que des mouvements individualisés.

L'examen neurologique reste par ailleurs négatif, à part toutefois une légère hyperréflectivité du côté d'une blessure de guerre. Le traitement par le scopochloralose a amené rapidement la disparition des troubles et a permis à ce malade de reprendre ses fonctions et d'éviter d'être réformé.

Il est intéressant de souligner le passé de ce malade : sa mère, très nerveuse elle aussi, avait déjà présenté du tremblement. Lui-même est un grand émotif et a souffert pendant des années d'une dyspepsie fonctionnelle absolument rebelle. Il est à noter que cette dyspepsie a complètement disparu alors que s'installaient les troubles neurologiques. On retrouve là ces prodromes végétatifs sur lesquels nous avons déjà insisté dans l'hystérie.

Enfin, les circonstances psychologiques de l'apparition des troubles sont aussi intéressantes. Nous avons vu le rôle de l'émotion et la réapparition brusque des troubles à la suite d'une violente surprise. Le rôle de la suggestion n'est pas douteux non plus puisqu'à la suite d'une simple réflexion médicale concernant sa jambe gauche, le tremblement réapparut de ce côté. Cette observation illustre le caractère du tremblement hystérique, les précautions à prendre comme y avait insisté Babinski pour éviter la suggestion de ces malades au cours des examens, enfin l'intrication avec des modifications physiologiques, notamment avec des perturbations végétatives.

M. H. Claude. — Ces agitations motrices n'ont aucun caractère des tremblements et j'admets que n'importe qui peut les simuler pendant quelques instants. Mais les réaliser sans la moindre interruption pendant des mois et même des années est impossible. Cette réalisation exige un état du système nerveux qui n'est pas celui des gens normaux.

La jeune fille de tout à l'heure était une pithiatique. Ce sujet est un hystérique. J'ai vu, comme expert, un individu ayant le même syndrome survenu à la suite d'un accident d'automobile et qui durait depuis plus d'un an. On avait estimé son invalidité égale à cent pour cent. Je l'ai fait entrer à la clinique, où il ne guérit qu'au bout de plusieurs semaines de traitement, et plusieurs séances de torpillage intense.

Ces cas donnent raison à la théorie soutenue par Sollier depuis très longtemps sur la nature physiologique de l'hystérie. La simulation est incapable de reproduire de tels troubles.

©BIUM

M. H. Baruk. — Il avait des troubles végétatifs intenses. Et je répète que, malgré l'apparence volontaire de l'agitation, il ne présentait pas le moindre élément de la mentalité du simulateur.

M. René Charpentier. — Dans ces conditions, et puisque M. H. Baruk est si affirmatif, je voudrais lui demander sur quels signes cliniques différentiels certains il se base : 1° pour le diagnostic entre la suggestibilité hystérique et la suggestibilité des autres psychopathes, des débiles par exemple ; 2° pour le diagnostic de la simulation et de l'hystérie.

M. H. Baruk. — J'ai écrit dans mon rapport que dans nombre de psychoses, notamment la démence précoce et la catatonie, la suggestibilité était grande, mais que néanmoins il était impossible de guérir ces psychopathes par persuasion, tandis que les hystériques sont curables par persuasion.

M. René Charpentier. — Si nous voulons croire M. H. Baruk, les hystériques sont à la fois rendus malades et guéris par la suggestion. Ils sont suggestibles à l'aller et au retour. Les débiles, au contraire, ne seraient suggestibles que dans un sens, à l'aller et non au retour. Cette différenciation ne paraît guère pouvoir être retenue.

Par contre, l'opinion de M. le Professeur Claude, qui estime que beaucoup d'hystériques sont des débiles, semble bien conforme aux faits.

M. Courbon. — Si l'on donne au mot pithiatisme sa signification étymologique, la signification que lui donnait Babinski, et également celle que lui donne M. H. Baruk, on ne doit pas lui rattacher les cas de guérison où la persuasion a eu recours à une autre thérapeutique. La persuasion armée n'est plus de la persuasion, car l'arme, qu'elle soit électrique comme le torpillage ou chimique comme la scopolamine-chloralose, agit sur le corps, sur le physique. Et persuader, suggérer, c'est agir sur l'esprit, sur le psychique.

Si je fais boire une solution de poudre de perlinpin, qui n'a aucun effet sur aucun organisme, je fais de la suggestion, de la psychothérapie. Si je fais boire des médicaments qui plongeraient dans le sommeil n'importe quel homme ou quel animal, je fais de la thérapeutique matérielle. Si j'applique à un sujet deux électrodes entre lesquelles ne passe aucun courant, je fais de la suggestion, de la psychothérapie. Si je fais passer un courant électrique qui provoquerait des contractions et des douleurs chez n'importe quel être vivant, je fais de l'électrothérapie.

©BIUM

Comme M. le professeur Claude, je crois qu'il ne faut pas confondre le pithiatisme et l'hystérie.

M. H. Baruk. — J'ai dit dans mon rapport que le pithiatisme était curable par des procédés *plus ou moins* psychothérapiques.

M. Courbon. — C'est une précision casuistique. La persuasion armée n'est plus de la persuasion.

M. René Charpentier. — J'ai déjà fait remarquer à M. H. Baruk qu'il est peut-être abusif d'employer comme il le fait le mot de guérison, lorsqu'il parle de l'action psychothérapique sur le pithiatisme. En effet, même en considérant seulement l'accident pithiatique, cette disparition est loin d'être toujours une guérison. A côté de malades comme ceux présentés par M. H. Baruk, et chez lesquels l'accident ne se reproduit que quelques années plus tard, il est des hystériques, et nous en connaissons tous, chez lesquels l'accident ou un autre de la même série (crises convulsives, contractures, paralysies, pseudo-lipothymies, etc.) est susceptible ensuite de se reproduire chaque semaine, chaque jour, le jour même, pendant de longues années ou même pendant toute la vie. On ne saurait donc employer le mot de guérison pour ces « disparitions » temporaires. L'accident pithiatique n'est pas toute la maladie.

M. H. Baruk. — Il est peut-être plus juste, en effet, comme le demande M. René Charpentier, d'employer le terme de « disparition du trouble » que celui de guérison. On emploie ce dernier en général pour bien indiquer qu'il s'agit d'une *restitutio ad integrum* et non d'une amélioration simple.

Quant à la question du diagnostic différentiel de l'hystérie et de la simulation, elle peut être difficile, mais il ne s'ensuit pas, comme on le croit trop souvent, qu'il faille confondre ces deux états.

Certes, tous les syndromes psychomoteurs revêtent extérieurement une apparence volontaire. Contrairement aux syndromes plus élémentaires et répondant à des localisations anatomiques précises (syndrome pyramidal, extra-pyramidal) et dont l'aspect morphologique est très caractéristique, les atteintes psychomotrices mettant en jeu des synthèses extrêmement complexes, et atteignant les processus les plus élevés de la motilité, prennent une forme extérieure qui pourrait, pour un observateur non prévenu, en imposer pour une action voulue.

C'est que le trouble porte sur les mécanismes mêmes de la volonté. Mais à ce sujet, il faut distinguer l'action volontaire

©BIUM

normale, libre, concertée, de l'action volontaire morbide, imposée. L'étude de la catatonie éclaire singulièrement ce problème. Que disent en effet beaucoup de catatoniques au cours de leurs rémissions pour expliquer leur attitude et leur négativisme ? Je leur demande habituellement si c'étaient leurs muscles qui se raidissaient, ou eux-mêmes qui se contractaient. La plupart répondent que c'est *bien eux qui se contractaient,* indiquant ainsi que le trouble siège non plus dans des systèmes moteurs indépendants du psychisme, mais dans la personnalité elle-même, dans les processus de commande. Toutefois ils ajoutent « *qu'ils se contractent malgré eux* », et qu'ils s'y sentent poussés irrésistiblement par une force qui « *s'empare malgré eux de leur volonté* ». Un de nos malades comparait même cet état à celui d'un soldat qui doit exécuter une consigne, même si celle-ci lui déplaît profondément. En un mot, la volonté de ces malades *est actionnée, est mise en branle malgré eux.* Leur attitude n'est donc pas vraiment concertée, voulue ; ils exécutent l'acte morbide ou maintiennent leur attitude sous l'empire d'une force incoercible, mais comme c'est eux-mêmes qui l'exécutent, le résultat apparent est analogue à celui d'une action volontaire.

Chez l'hystérique, le trouble est du même ordre, seulement la poussée pathologique est beaucoup moins forte. Il s'agit ici, non plus d'une véritable désagrégation des processus psychomoteurs, mais d'une inhibition légère, que l'on peut faire disparaître facilement par une invigoration, ou un moyen plus ou moins psychothérapique.

On voit donc que l'analyse clinique de ces malades permet bien de les différencier, malgré leurs apparences, des simulateurs vrais.

Cette différenciation, peut-on nous répondre, repose surtout sur des données cliniques et psychologiques. Peut-on objectivement la souligner par l'étude des muscles, des réflexes, etc... ? C'est le but des recherches physiologiques que nous avons poursuivies depuis une dizaine d'années et dont M. le Pr Claude vient de vous souligner la portée. L'étude des courbes électromyographiques, des réactions vestibulaires, de la mise en train psychomotrice, de la chronaxie musculaire et vestibulaire, des troubles vasculaires, etc..., apporte à ce sujet des données intéressantes. Certes ces données représentent une série de recherches techniques et sont parfois d'interprétation délicate, mais elles éclairent néanmoins et corroborent les données cliniques d'une façon précieuse. Il est particulièrement intéressant, par exemple, de pouvoir saisir des caractères pathologiques de l'influx moteur

©BIUM

volontaire chez les catatoniques, et ses perturbations d'un ordre un peu différent mais très curieuses chez certains pithiatiques. *L'étude des caractères physiologiques comparatifs du mouvement ou de la contraction volontaire vraie,* et *celle du mouvement ou de la contraction pseudo-volontaire, liée à des manifestations psychiques automatiques, ou à des ébauches de dissociation mentale,* cette étude représente, à notre avis, le problème capital de la neurologie et de la psychiatrie. On ne peut lui demander d'être entièrement résolu, mais il est important de le poser, de le dégager de fausses apparences ou d'interprétations qui l'obscurcissent, et d'en poursuivre méthodiquement la solution.

M. René CHARPENTIER. — Dupré a fait remarquer il y a déjà longtemps qu'il est singulièrement fragile de baser le diagnostic de l'hystérie et de la simulation sur des éléments d'une appréciation aussi délicate que la conscience et la volonté.

M. Ach. DELMAS. — Il me paraît dangereux d'aborder tous les problèmes à la fois. Je ne veux relever que ceux qui ont trait à la volonté et à la conscience des hystériques. M. Baruk citait l'opinion de Babinski, qui ne croyait pas que les manifestations pithiatiques soient volontaires. Mais Babinski qui a apporté tant de preuves sur d'autres points, n'en a point apporté sur celui-ci et il n'y a là de sa part que la manifestation d'une croyance. M. le Professeur Claude opposait les débiles à manifestations hystériques pauvres et larvées aux manifestations de grande allure, tenaces, durant des mois et des années, et voit une grande différence entre ces deux ordres de faits, le caractère volontaire en particulier ne pouvant pas appartenir aux seconds. Nous pensons que les faits ne sont guère en faveur de cette opposition. D'une part, il existe toutes les transitions des uns aux autres. D'autre part, même les grands hystériques persévérateurs ne font que ce que la volonté, à la condition d'être mue par un mobile affectif assez grand, peut faire. Nous avons dit ailleurs quel était pour nous ce mobile affectif. Comme les médiums, les hystériques ne sont pas d'ordinaire parfaits d'emblée dans leurs réalisations. Il y a le dressage, l'entraînement. Et puis interviennent aussi et l'habitude et l'automatisme. Et encore les hystériques ne jouent pas toujours le maximum de la difficulté ; ce n'est pas par hasard que les contractures sont *presque toujours* en flexion aux membres supérieurs, en extension aux membres inférieurs et qu'ils ne sont d'habitude ni gâteux, ni coprophages. Enfin, l'hystérie n'est pas un accident non encadré ; elle apparaît chez des sujets

©BIUM

à mentalité spéciale faite depuis l'enfance d'appliqué, d'artificiel, de truqué, ce qui a développé au cours des années cette psychoplasticité spéciale décrite par Dupré. Et c'est pourquoi, qu'on le veuille ou non, les hystériques demeurent suspects pour tous, même pour les plus organicistes. On s'en tire souvent en disant que les manifestations sont plus ou moins volontaires ou plus ou moins conscientes, ce qui n'est rien dire du tout en dépit des subtilités possibles. Le problème consiste, non pas à affirmer, mais à démontrer qu'elles ne sont pas volontaires, malgré toutes les apparences, et cela on ne l'a pas fait. Les recherches de MM. Claude et Baruk sur la mise en train et la chronaxie des mouvements ont bien pu montrer une différence entre les mouvements des catatoniques vrais et ceux qui sont hystériques et volontaires, mais non entre ces deux dernières catégories.

M. H. Claude. — Nous avons des critères biologiques qui permettent d'éliminer la simulation : les graphiques ergographiques, les graphiques de mise en train, les réactions vestibulaires que nous avons publiés avec M. Baruk.

Evidemment, on peut trouver une fois par hasard, chez un sujet normal, une de ces réactions positives. Mais elle ne le sera plus le lendemain. Tandis qu'elles le sont toujours chez l'hystérique, tant que dure sa maladie. De même, un sujet bien portant peut avoir un jour un taux très élevé d'urée sanguine, et ne plus l'avoir le lendemain. Cela n'autorise pas à nier l'existence de l'azotémie.

En ce qui concerne l'intervention de la volonté, il faut distinguer l'activité vigile, de l'activité volitionnelle. Celle-ci est commune à tous les individus normaux qui sont capables de maintenir leur attention et leurs efforts pendant un temps plus ou moins long, au bout duquel arrive la fatigue qui fait cesser attention et efforts. Celle-là n'existe que chez l'hystérique qui maintient indéfiniment sans se fatiguer une attitude ou persévère indéfiniment dans un acte.

M. Guiraud. — Mon avis diffère de celui de M. Baruk au sujet de l'état mental des catatoniques. Souvent j'ai interrogé ces malades après terminaison d'une période de catatonie sans pouvoir obtenir des réponses précises. Quelquefois les événements extérieurs avaient été bien perçus, mais il ne persistait aucun souvenir clair de l'appréciation de l'état moteur anormal, souvent la conscience du moi semble très obscurcie pendant les périodes catatoniques. Dans les formes atténuées, le malade se rend compte d'une légère raideur musculaire qu'il considère comme un symptôme pathologique ordinaire, jamais aucun ne

©BIUM

m'a répondu qu'il voulait se raidir mais qu'il ne pouvait pas s'empêcher de le vouloir.

Il n'y a aucune raison, sauf pour les besoins de la discussion, de réserver ce terme catatonie à une rigidité d'apparence volontaire. C'est là un état d'opposition qui n'est pas spécial à la catatonie. Les symptômes moteurs les plus fréquents sont au contraire en flexibilité inverse, la conservation d'une attitude préférée, l'hypertonie continue, l'akinésie pure.

Pour ajouter un mot sur la question de l'hystérie, j'estime que les difficultés de la discussion résultent de la terminologie traditionnelle beaucoup trop tranchée et absolue, sans souplesse ni pénétration. L'acte d'un malade n'est pas que conscient ou inconscient, volontaire ou involontaire. Les simulateurs authentiques, par exemple, ne simulent pas tous avec une volonté et un consentement absolus. Comme base de discussion il faudrait avoir une série d'observations d'hystériques bien analysés au point de vue psychologique, sans négliger les motifs profonds souvent inconscients de leurs symptômes hystériques. Les hystériques sont très rares dans les asiles, je n'en ai guère observé que pendant la guerre et j'ai toujours été frappé, au moins dans les cas récents, par l'intensité des troubles vasomoteurs et sudoraux, l'état général d'émotivité de ces malades. Il est possible que les hystériques de guerre soient d'une espèce particulière. On ne peut qu'encourager les recherches par graphiques de la contraction musculaire et l'exploration des réactions végétatives.

M. H. Baruk. — M. Guiraud me dit qu'il n'a pas pu avoir des renseignements sur ce que le malade éprouve durant la catatonie en interrogeant des déments précoces, des hébéphréno-catatoniques. Nos recherches dans cet ordre d'idées ne portent que sur des cas de *Catatonie de Kahlbaum* dans laquelle, contrairement à ce qui se passe dans la démence précoce, dans l'hébéphréno-catatonie, le malade présente, dans l'intervalle des accès, des rémissions totales et parfois très longues permettant de recueillir des renseignements intéressants.

M. Ach. Delmas. — L'anxiété accompagnait-elle l'agitation du précédent sujet présenté par M. Baruk ou bien était-il calme ?

M. René Charpentier. — Beaucoup d'états d'hyperémotivité anxieuse sont souvent pris à tort pour des crises d'hystérie.

M. Xavier Abély. — Puisqu'on invoque le rôle de l'émotion dans la genèse des manifestations hystériques, on me permettra

©BIUM

de rappeler mon expérience de guerre. Pendant quatre ans, j'ai fait partie d'une formation d'infanterie ; j'ai pu contrôler, à certains moments, tous les hommes évacués d'une division. Dans tous les cas où l'émotion était à son comble, et même dans les heures qui suivaient, je n'ai jamais observé de phénomène hystérique. J'ai vu des explosions émotives, mais ne ressemblant en rien à des manifestations pithiatiques. Mon expérience est allée plus loin. J'ai pu suivre certains blessés légers qui plus tard ont présenté des paralysies ou des contractures hystériques. Ce n'étaient pas précisément ceux qui avaient eu des crises émotives. Il leur avait fallu un long intervalle de méditation consciente ou, pour employer une expression que je crois plus juste, de calcul pour réaliser leur impotence utilitaire. Cette phase intellectuelle était incompatible avec l'état émotif aigu. Elle n'avait rien de commun avec un cheminement subconscient de l'émotion primitive. Elle était essentiellement guidée par l'intérêt.

M. H. CLAUDE. — La crise émotive n'est pas toujours génératrice d'accidents hystériques, mais elle peut l'être. Les cas de Clovis Vincent et Abély prouvent que, comme on l'avait déjà établi avant la guerre lors de la réunion des Sociétés de Neurologie et de Psychiatrie, l'émotion est retardée quand le sujet est aux prises avec un danger qui le menace.

M. H. BARUK. — C'est l'épuisement qui favorise à la longue l'action de ces émotions de guerre retardée.

M. COURBON. — L'épuisement développe en effet l'émotivité. Tous les convalescents sont hyperémotifs. Et puis il faut considérer le rôle important des excitations qu'a bien montré également M. Baruk, dans la thérapeutique des dépressions hystériques. Sur le champ de bataille, les excitations de la lutte pour la vie sont un stimulant qui empêche la neuroplasticité hystérique de se figer.

M. Ach. DELMAS. — Le premier reproche que je ferai à M. Baruk et d'où vient tout le mal à mon avis, c'est d'avoir tenté l'unification de la catatonie, en invoquant la conception de Kalbaum qui n'avait pas tant de prétention et qui est depuis longtemps dépassée par les faits. Quand j'étais chef de clinique, nous enseignions qu'il y avait des catatonies mélancoliques, confusionnelles, paralytiques (paralytiques généraux) et hébéphréno-catatoniques. Nous ne confondions pas à cette époque l'hystérie avec la cata-

©BIUM

tonie. Mon expérience depuis m'a amené à ne rien changer à cette discrimination. Un mélancolique qui a fait de la catatonie — les autres catatoniques sont incapables d'une telle analyse — peut bien déclarer, une fois guéri, que ses attitudes étaient involontaires, cette interprétation d'un mélancolique ne vaut point pour un hystérique.

Le deuxième reproche que je ferai à M. Baruk c'est d'avoir tendancieusement réuni sous le même titre de syndrome psychomoteur les catatonies vraies et certaines manifestations hystériques. Il aurait pu y ajouter avec autant de raison les impulsions de la colère, les agitations des anxieux ou des psychasthéniques, etc., qui sont bien aussi des syndromes psycho-moteurs, sans que cela permette de les confondre avec les catatonies. Il y a longtemps que l'on a dit que la science ne devait pas être faite avec des similitudes mais avec des différences et des discriminations.

Et cela me ramène au malade à crises que vient de nous présenter M. Baruk. M. Baruk déclare que le problème des crises est le plus difficile et le plus délicat. Je lui répondrai qu'il est le plus précis et le plus clair jusqu'à présent, mais à une condition, c'est de ne pas l'embrouiller comme à plaisir. Dans son rapport, M. Baruk dit qu'il y a deux sortes de crises, les crises hystériques et les crises épileptiques ; et il ne cite à ce moment ni les crises émotives, ni Dupré. Faut-il donc recommencer l'effort de Dupré, et discriminer encore, en plus des crises hystériques et épileptiques, les crises émotives ? M. Baruk ne se rend-il pas compte qu'avec son interprétation de la crise d'énervement, il reproduit la confusion ancienne des crises hystériques, et des crises émotives les plus légitimes ? Le terme de crise d'énervement qu'il introduit sans raison et sans bénéfice n'est qu'une démarcation du nom de crise émotive, laquelle peut être non seulement à base d'énervement, mais encore d'anxiété, de tristesse ou même de gaieté. Si l'on veut faire rentrer, malgré les travaux de Dupré, et en revenant de vingt-cinq ans en arrière, la pathologie de l'émotivité dans l'hystérie, qu'on le dise. Mais si on admet le démembrement de Dupré après celui de Babinski, qu'on ne confonde plus une crise émotive à base d'énervement avec une crise hystérique. Le malade de M. Baruk pris entre des crises émotives caractéristiques n'a rien à voir avec un hystérique.

M. H. Baruk. — M. Delmas n'admet pas que la crise émotive soit rattachée à l'hystérie. Cette manière de voir ne va nullement à l'encontre de nos conceptions. Nous estimons en effet que ce

©BIUM

sont les crises nerveuses qui représentent la partie la plus mal définie, et souvent la plus contestable du territoire de l'hystérie. Il faut bien reconnaître néanmoins qu'actuellement la plupart des auteurs rangent pêle-mêle dans le cadre des crises hystériques toutes les crises nerveuses qui ne sont pas épileptiques. C'est une définition négative, par élimination. Que ce vaste territoire des crises dites hystériques doive être en partie démembré, c'est tout à fait notre avis, et nous y avons à maintes reprises insisté, d'une part en pathologie infantile, d'autre part chez l'adulte. C'est pourquoi nous préférons désigner ces diverses crises sous une terminologie simplement descriptive, telle que crise de catalepsie, crise d'énervement, crise d'onirisme, etc...

De ces diverses crises, les unes sont graves et symptomatiques d'affections cérébrales importantes, les autres sont au contraire bénignes, facilement curables, accessibles à la psychothérapie. Ce sont ces dernières que nous désignons encore sous le nom de crises pithiatiques, mais on pourrait fort bien s'en tenir à leur terme descriptif, ce qui éviterait des malentendus tenant à des interprétations différentes du terme hystérie.

M. Delmas fait d'autre part le procès de nos conceptions relatives aux troubles psycho-moteurs, en nous objectant que ces notions sont incompatibles avec les cadres nosographiques classiques. A ce point de vue, il faut bien distinguer dans toute classification deux ordres de faits : d'une part les grands syndromes cliniques, comme ceux que vient d'énumérer M. Delmas, tels que la manie, la mélancolie, la confusion mentale, etc... ; d'autre part, les *troubles de fonction,* ces derniers pouvant se retrouver dans les syndromes cliniques les plus différents. Cette notion de *troubles de fonction* ne détruit nullement les grands cadres cliniques, mais elle les éclaire par des données physiologiques. Ne voyons-nous pas par exemple en neurologie et à côté des grands syndromes (hémiplégie, paraplégie, etc...) prendre place l'étude des systèmes anatomo-physiologiques. Ne parle-t-on pas par exemple de signes *de la série pyramidale,* signes que l'on peut observer dans les syndromes les plus variés, non seulement dans les lésions anatomiques des étages différents du névraxe, mais aussi dans l'urémie, dans des syndromes toxiques, etc... On peut, dans le même ordre d'idées, parler de *signes de la série psycho-motrice.* Ces signes de la série psycho-motrice peuvent se retrouver à des degrés d'intensité différente dans les syndromes cliniques les plus variés (catatonie, confusion mentale, mélancolie, etc...). Mais c'est cette notion de *troubles de fonction* qui peut constituer les fondements d'une *psychiatrie physiologique.*

©BIUM

M. René CHARPENTIER. — Cette discussion amorce celle qui aura lieu sur l'hystérie, les 22 et 23 juillet, au Congrès de Bruxelles à la suite de l'exposé des intéressants rapports de MM. Henri Baruk et Ludo van Bogaert.

Elle continue le travail de discrimination si bien commencé par Babinski, dont les idées servent de base à cette discussion. Lorsque, après avoir séparé de l'hystérie les états organiques qui en sont maintenant bien différenciés, les états psychomoteurs à l'étude desquels s'est attaché M. Henri Baruk dans son beau rapport, les états de la constitution hyperémotive si bien décrits par Dupré, on pourra, sur des bases solides, en distinguer également ces états d'altérations organiques encore mal différenciés dont parlait tout à l'heure le Professeur H. Claude, les divers états de suggestibilité qu'il convient d'en séparer, et les états de simulation volontaire, il ne restera plus grand'chose de ce cadre si vaste. L'accord pourra alors se faire facilement.

Un cas de névrose dysphagique. Analyse psychologique et physiologique. Action thérapeutique du scopochloralose, par MM. H. BARUK et R. CORNU.

La question des névroses de la motilité digestive constitue l'une des questions les plus obscures de la pathologie. Sans doute, les progrès des techniques radiologiques et les notions récentes sur la physiologie du sympathique, ont-elles permis, d'une part, de mieux préciser les affections locales du tube digestif, d'autre part d'isoler de véritables syndromes organo-végétatifs liés à des troubles de l'excitabilité du vague, et possédant certains critères pharmaco-dynamiques.

Mais à côté de ces spasmes, en quelque sorte périphériques, amendés parfois d'une façon vraiment élective par l'atropine, il existe d'autres variétés de troubles de la motricité digestive, indépendants, semble-t-il, d'une atteinte décelable du système végétatif périphérique, et même de tous signes cliniques de localisation, mais présentant le caractère d'être profondément intriqués avec des perturbations psychologiques complexes, et de pouvoir être modifiés sous l'influence de traitements psychothérapiques.

Dans ce groupe de faits se placent, non seulement certaines variétés de vomissements ou d'anorexie mentale, mais encore certains troubles très particuliers de la déglutition que l'on peut désigner sous le nom de *névrose dysphagique*.

©BIUM

C'est une observation de ce genre que nous vous présentons dans cette communication.

Obs. de M. Co..., 20 ans.

Est venu consulter pour la première fois, le 7 mai 1933, pour des troubles de la déglutition.

Le début de ces troubles remonte à l'année 1932.

L'apparition en a été progressive.

Ayant fini ses études, Co... cherche une place, se fatigue, s'inquiète au cours de démarches multiples. Ses repas sont rapides en raison de sa vie précipitée. Peu à peu il commence à éprouver une certaine impression d'étranglement à la déglutition.

Trouve un travail qui ne lui plaît pas. Se sent toujours fatigué et mène une vie bousculée. Aux repas, avale souvent de travers ; la déglutition devient de plus en plus difficile.

Il part en vacances dans la Creuse en juillet 1932. Dans le chemin de fer, avant même d'arriver à destination, il s'aperçoit que sa difficulté de déglutition a totalement disparu. Pendant toute la durée des vacances il mange bien.

Un mois après son retour, il contracte la scarlatine. Pas de complications. Bonne convalescence. Retrouve son travail. Bon état général. Mange bien jusqu'en mai-juin 1933 où surviennent de nouveau des difficultés de déglutition.

Part en Creuse, comme l'année prédente et trouve encore avec le calme et le repos, la possibilité d'avaler à son aise. Mais cette fois, dans le trajet même du retour, il a une impression soudaine d'étranglement accompagné d'une angoisse extrême, « presque comme s'il allait perdre connaissance ». Quelques jours après, se produit un incident analogue au cours d'un repas.

A partir de cette époque, la déglutition devient infiniment plus difficile.

Seul le repas du matin, après le repos de la nuit, est encore à peu près possible. Encore le malade ne peut-il avaler que des aliments tels que : pain de Gênes, confitures, œufs, etc... Tout un menu qu'il s'est composé d'après son expérience personnelle.

A heure dite, sa mère doit lui présenter ces aliments de choix, et, lentement, mastiquant longuement chaque bouchée avant de l'avaler, il se repose presque après chaque effort de déglutition. Ce repas se fait, le matin, allongé, dans le silence ; les autres repas, pour peu que Co... ait pris un peu d'exercice, sont quasiment impossibles.

Cet état de dysphagie de plus en plus accentué amène rapidement une véritable cachexie.

Poussé par sa mère, le malade consulte divers médecins.

Dans un service de neurologie des Hôpitaux, il est traité par le torpillage, mais l'effet thérapeutique se montre insuffisant.

©BIUM

« Sur le moment, dit-il, j'avais l'impression que çà me faisait du bien. » Mais rentré chez lui il ne peut plus manger.

A l'Hôpital Saint-Joseph, on lui propose le même traitement.

D'autres médecins préconisent le bromure ou la valériane, mais toujours sans résultat. Co... consulte même des « magnétiseurs ». Cependant son état s'aggrave de jour en jour. *Le 7 mai 1933,* nous nous trouvons en présence d'un jeune homme, portant moins que son âge, très amaigri (joues creuses, yeux excavés). Salivation continuelle avec rejet de mucosités après râclement de la gorge, ce qui, dit-il, est dû à une gêne du nez.

On essaye de le faire boire. Il garde très longtemps une gorgée d'eau dans sa bouche, et, finalement la rejette sans l'avoir avalée.

A l'examen cependant on ne constate aucune paralysie, aucun signe neurologique ni sur le territoire des nerfs craniens, ni à l'étude des réflexes tendineux.

Le voile du palais se soulève parfaitement bien quand on fait dire *a* au malade.

Les réflexes vélo-palatin et pharyngé existent. On essaye de provoquer une déglutition automatique en faisant couler un peu de lait directement sur le voile à l'aide d'un récipient muni d'un long bec : le voile se contracte aussitôt et se bloque sans que la déglutition ait lieu.

Un examen du rhino-pharynx pratiqué par le Dr Aubry ne révèle qu'une mauvaise perméabilité du nez.

Un examen radiologique de l'œsophage a été fait plus récemment. La baryte, introduite dans l'œsophage à l'aide d'une sonde nasale, n'a montré aucun obstacle sur ce trajet. Il s'agit donc bien d'un trouble *fonctionnel.*

Evolution. D'abord suivi à la consultation externe de la Maison Nationale de Santé, Co... se décide, en raison de son amaigrissement extrême et de l'impossibilité, devenue totale, de la déglutition, à se faire hospitaliser.

En juin 1934, il entre donc à l'Asile des Convalescents, dans le double but de le soustraire à son milieu familial et de lui faire subir le traitement par la scopochloralose.

Après quelques jours d'alimentation artificielle à la sonde nasale et au sérum glucosé rectal, on lui administre un cachet avec : chloralose 0 gr. 50 et bromhydrate de scopolamine, un demi milligramme. La psychothérapie, faite dans de mauvaises conditions, reste sans résultat appréciable. Pour plus de facilité Co... entre alors à la Maison Nationale de Santé où il reçoit, le 26 juin 1934, un nouveau cachet avec la même dose de scopochloralose ; le résultat n'est pas encore satisfaisant. On doit continuer l'alimentation à la sonde. Le 29 juin, troisième cachet avec : chloralose 0 gr. 75, scopolamine, trois quart de milligramme. Plein sommeil, pouls à 44 ; quelques réflexions psychothérapiques.

©BIUM

On lui présente alors un peu de liquide à avaler. Il le déglutit facilement. On lui dit : Tu es guéri. Il se déclanche alors une sorte de crise joyeuse dans laquelle il tend les bras comme pour remercier avec effusion.

Le soir, il fait un repas complet composé de 2 œufs en omelette, un peu de nouilles, des biscottes, 2 pêches, du lait, de la bière, de la limonade.

Le lendemain il avale très bien, ayant encore, malgré tout, tendance à garder longtemps les aliments dans sa bouche avant de les déglutir. Il n'a gardé aucun souvenir de notre visite durant laquelle il fut guéri.

Dans la suite, Co... reprend du poids et des forces d'une façon étonnante.

Malgré tout il n'est pas débarrassé complètement de son trouble. Son meilleur repas reste celui du matin.

Tout dernièrement même, le symptôme ayant repris de la gravité, il s'est décidé à revenir se soigner à la Maison Nationale de Santé.

Un premier cachet de scopochloralose n'a donné, cette fois encore, qu'un résultat incomplet.

Cette observation nous paraît mériter quelques commentaires au triple point de vue clinique, psycho-physiologique et thérapeutique.

1) *Au point de vue clinique,* la dysphagie présentée par notre malade, dysphagie telle à certaines périodes qu'elle a rendu l'alimentation impossible et mis sa vie en danger, ne peut être attribuée ni à une atteinte locale de l'appareil digestif (pharynx, œsophage, etc.), ni à une localisation neurologique quelconque, périphérique ou centrale. C'est pourquoi, en présence de ces caractères négatifs, les neurologistes qui avaient examiné le malade avant nous, avaient fait, semble-t-il, le diagnostic de dysphagie pithiatique et pratiqué ou conseillé, sans résultat d'ailleurs, le torpillage.

Nous avons pu, par le scopochloralose et la psychothérapie combinées, obtenir un résultat vraiment impressionnant, mais incomplet dans le temps, et suivi de reprises.

Aussi, nous n'avons pas osé conclure fermement à la nature pithiatique des troubles, en raison du caractère incomplet de l'action thérapeutique. En réalité, ces névroses digestives ainsi que l'anorexie mentale forment, semble-t-il, un syndrome individualisé, possédant de véritables caractères psychologiques propres, réalisant un état psychique constitutionnel pathologique beaucoup plus constant et caractéristique que celui que l'on attribue si souvent à tort ou à raison aux états pithiatiques vrais.

©BIUM

Tandis que chez ces vrais pithiatiques, comme ceux que nous venons de présenter à la Société, il est vraiment malaisé de dégager des stigmates psychologiques qui soient constants chez tous, et une mentalité véritablement pathognomonique de l'hystérie, il nous semble au contraire que les traits d'une mentalité spéciale, avec cette prédominance des troubles du développement instinctif et affectif, se retrouvent avec beaucoup plus de constance, comme l'un de nous y a déjà insisté (1), dans les cas d'anorexie mentale ou de névrose dysphagique du type de celui que nous vous présentons.

2) *Au point de vue psycho-physiologique,* ce cas est en effet particulièrement intéressant.

Il faut souligner tout d'abord les relations qui existent entre *la dysphagie et les moments de sommeil ou de veille,* ou plus exactement l'état de tension nerveuse.

La dysphagie s'atténue après le sommeil, ou parfois simplement après une repos assez prolongé dans le calme et le silence.

Au contraire, tout ce qui peut tendre l'esprit du malade, l'activité, la précipitation, le bruit, la conversation, augmente considérablement la dysphagie, et la rend incoercible. De là ce véritable cérémonial obligeant le malade à se recueillir longuement avant le repas et à bannir impitoyablement et presque avec tyrannie le moindre bruit ou la moindre dérogation au programme prévu.

Ajoutons que *c'est généralement l'inverse que l'on observe dans la plupart des accidents pithiatiques :* ceux-ci se produisent en général plutôt dans les périodes de *basse tension,* de *détente* ou après le sommeil. C'est pourquoi, pensons-nous, ils sont en général améliorés par l'invigoration. Il est possible que ces faits contradictoires tiennent à la prédominance tantôt d'hyperexcitabilité, tantôt au contraire de phénomènes d'inhibition nerveuse.

L'*état affectif* du malade est également très particulier. En dehors de son émotivité, de sa sensibilité extrême aux moindres facteurs extérieurs, il faut souligner surtout son *comportement vis-à-vis du milieu familial.* Il existe chez ce malade un attachement un peu spécial à sa mère, qu'il ne quitte pas d'un instant, et avec laquelle il se comporte comme un enfant tyrannique. La sollicitude maternelle à son égard est également extrême.

(1) H. Baruk. — L'anorexie mentale et les névroses dysphagiques. *Clinique et Laboratoire,* 20 octobre 1934.

©BIUM

Il existe chez lui, comme, d'ailleurs, chez la plupart de ces malades atteints de névrose digestive et d'anorexie mentale, une sorte d'infantilisme affectif et des troubles complexes dans le développement des instincts (instinct de conservation : alimentation, instinct sexuel, etc...). Ces faits expliquent les tendances diverses d'égoïsme, d'égocentrisme, ou au contraire, d'altruisme ou de spiritualisation parfois excessive qu'il y aurait lieu d'analyser plus longuement. C'est pourquoi l'isolement de la famille constitue la première mesure thérapeutique et est à la fois si utile, et si difficile à obtenir.

On peut noter en outre l'existence d'un véritable *dédoublement de la personnalité* que nous avons pû saisir au cours de la mise en observation dans notre service. Au cours de la nuit, les infirmiers ont pû surprendre ce malade se levant pour prendre du pain ; il semble bien qu'une fois, il avait avalé en cachette des pommes de terre placées à côté de lui. Et cependant ce malade se désolait vivement de ses troubles et désirait vivement guérir.

Il existe donc là des phénomènes de dédoublement curieux de même ordre que ceux étudiés par Janet.

3) *L'épreuve thérapeutique* du scopochloralose a donné également des résultats intéressants. L'un de nous a déjà exposé précédemment à la Société les principes et la technique de cette méthode dans le traitement du pithiatisme. Rappelons que chez notre malade, non seulement les antispasmodiques habituels, (atropine, etc.), restèrent inopérants, mais qu'également le torpillage n'avait pas donné de résultat.

Le scopochloralose a permis tout d'abord de réaliser ici une véritable suggestion en plein sommeil médicamenteux. Inconsciemment (le malade dit n'en avoir gardé aucun souvenir) la notion qu'il pouvait avaler s'est insinuée dans son esprit, et a même, à ce moment-là, déclanché de vives réactions émotives de joie. Dès le réveil, le barrage avait complètement disparu.

Mais l'action du scopochloralose ne s'est pas bornée là. Il faut souligner aussi l'effet du sommeil et la sédation de l'hyperexcitabilité nerveuse. Il existe dont une série de facteurs physiologiques qui s'intriquent en pareil cas étroitement avec les facteurs psychologiques, et dont il faut tenir compte dans l'analyse et le traitement de ces états.

En un mot, les états de névrose dysphagique, comme celui que nous venons de vous montrer, bien que présentant de multiples analogies avec les états de pithiatisme, s'en distinguent néan-

©BIUM

moins par le caractère plus complexe des troubles psychologiques, par la plus grande séparation des troubles d'avec les fonctions psycho-motrices volontaires, par les perturbations plus profondes du développement de la personnalité dans ses fonctions instinctives et affectives, et enfin par sa plus grande résistance à l'action thérapeutique psychothérapique.

Ces névroses digestives et viscérales constituent à la vérité *un groupe clinique d'attente* dont la pathogénie est encore fort obscure malgré les données très riches de l'examen psychologique, et qui sera peut-être éclairée, pensons-nous, lorsque nos connaissances physiologiques seront plus précises sur ces grandes fonctions végétatives nerveuses que l'on commence d'entrevoir et qui semblent en rapport, à la fois avec la régulation du fonctionnement viscéral et avec les manifestations instinctives et affectives.

M. D. LAGACHE. — Il est intéressant de signaler, chez ces sujets dysphagiques ou anorexiques, la fréquence de traits d'arriération affective et plus particulièrement de la fixation à la mère. J'ai eu l'occasion d'en converser avec M. H. Baruk, qui a d'ailleurs exposé les mêmes vues dans un article sur l'anorexie mentale et les névroses dysphagiques paru, en 1934, je crois, dans *Clinique et Laboratoire*. Chez le nourrisson, on a souvent l'occasion de constater la coexistence d'anorexies d'étiologie indéterminée avec un attachement exclusif et violent à la mère. Ces traits se retrouvent fréquemment dans les antécédents d'enfants présentant des retards de la parole que la clinique ne permet d'attribuer ni à un retard intellectuel ni à un retard moteur, de telle sorte qu'on pourrait y voir des réactions personnelles et les rapprocher des états de mutisme plutôt que des aphasies. Ces vues amènent à souligner à nouveau une certaine analogie entre les névroses dysphasiques et les névroses dysphagiques, rapprochement que justifieraient aisément des considérations anatomiques, physiologiques et génétiques. Il se peut qu'une même attitude fondamentale se traduise tour à tour, selon les stades du développement, dans la sphère de la nutrition et dans la sphère de la parole. Tous ces troubles gagnent d'ailleurs beaucoup à être envisagés dans la perspective du développement psychique, à la lumière des notions de régression et de fixation à un stade antérieur. Dysphasiques ou dysphagiques, ces névroses apparaissent comme l'expression différenciée mais en un langage archaïque de la réaction et de l'attitude psychopathiques.

©BIUM

Tumeur frontale opérée depuis plus d'un an (présentation de la malade), par MM. A. COURTOIS, P. PUECH et André-P.-L. BELEY.

Les succès opératoires pour tumeurs cérébrales sont maintenant fréquents. Toutefois, les cas publiés dans des sociétés psychiatriques restent rares, non pas que les tumeurs cérébrales à symptomatologie mentale prédominante soient exceptionnelles, mais bien parce que, le plus souvent, faute d'un examen complet systématique des yeux, des oreilles, du liquide céphalo-rachidien, et aussi, faute de l'utilisation des méthodes d'exploration directe (encéphalographie et ventriculographie), le diagnostic n'a pas été posé du vivant du malade, ou ne l'a été que tardivement. De plus, en l'absence de signes neurologiques, la localisation précoce reste parfois encore incertaine.

D'autre part, il ne faut pas espérer trouver dans le syndrome mental seul des particularités permettant d'affirmer l'existence d'une tumeur cérébrale. En effet, comme nous essayons de le montrer après bien d'autres, la symptomatologie mentale dépend bien moins de l'agent causal que des localisations électives du processus pathologique, de son mode évolutif rapide ou plus lent, ainsi que de celui des réactions cérébrales à l'agent perturbateur.

Et, pour ce qui est des tumeurs encéphaliques, on peut dire que, au même titre que d'autres maladies cérébrales à lésions bien connues — la paralysie générale par exemple — elles peuvent réaliser la plupart des syndromes de la psychiatrie.

L'observation suivante nous a paru intéressante, à cause de la prédominance du syndrome mental évoluant progressivement depuis deux ans, de l'indigence des troubles neurologiques et de l'absence totale de modifications cytochimiques du liquide céphalo-rachidien.

Mme L., 47 ans, giletière, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle, le 20 avril 1934; elle est amenée par sa concierge qui a remarqué que, depuis deux ans, son intelligence décline: des troubles de la mémoire, des absences se font progressivement plus importants. De plus, l'activité a beaucoup diminué : la malade ne peut plus guère travailler, elle montre une grande lenteur et de la maladresse dans ce qu'elle entreprend. Les erreurs et les oublis s'accumulent : L... se livre à des achats inutiles, quitte les magasins sans payer ce qu'elle emporte, paraît arrivée en somme à un état quasi-démentiel.

©BIUM

En outre, elle présente fréquemment des pertes de connaissance avec chutes, en n'importe quel endroit : chute brusque, précédée de tremblement des membres, et suivie d'une raideur importante. Ces incidents, dont les premiers remontent à décembre 1933, sont de durée habituellement très courte ; à leur suite, l'obnubilation intellectuelle est marquée. Ils se répètent souvent trois ou quatre fois dans la journée.

Depuis six mois, en outre, la malade se plaint de céphalées continues, surtout pariétales. Il lui serait assez fréquemment arrivé de vomir.

Le sommeil est mauvais, troublé de cauchemars effrayants.

Enfin, l'acuité visuelle aurait baissé considérablement depuis 3 ou 4 mois.

Dans les antécédents personnels ou héréditaires, rien d'important n'est à signaler. Toutefois Mme L... serait une forte buveuse de bière.

Dans le service, à l'examen, on est d'abord frappé par l'état d'indifférence euphorique de la malade : elle aime à rire, à plaisanter, cherche souvent à ironiser, ne s'inquiète aucunement de son état : « elle n'est pas malade, et est venue simplement voir des spécialistes sur le conseil de son médecin ».

Outre l'euphorie et l'indifférence, très caractérisées, l'examen révèle une obnubilation profonde ; un effort est nécessaire pour répondre à chacune des questions ; aussi les réponses sont lentes, quoique, dans l'ensemble, assez exactes. L'orientation dans le temps est relativement bonne (jour, mois et année), mais la date exacte ne peut être fournie. Mme L... est orientée dans l'espace ; elle sait qu'elle est à l'hôpital.

Elle sait quand a commencé la guerre et peut même donner certains détails relatifs aux opérations de 1914. Par contre, les faits récents sont moins facilement évoqués et reconnus ; on ne relève pas de phénomènes aphasiques ou apraxiques.

Absence totale d'inquiétude, désintérêt de ses enfants.

Activité utile nulle.

Pas de gâtisme.

— L'examen neurologique montre que la station et la marche sont pénibles : la malade steppe légèrement. On note surtout une abolition des mouvements automatiques du bras gauche pendant la marche.

Tous les réflexes tendineux sont également vifs, avec quelques secousses de clonus de la rotule, à gauche ; le réflexe cutané plantaire, après une courte extension initiale, se fait en flexion des deux côtés.

Il n'existe pas de signes de la série cérébelleuse.

Léger tremblement digital et lingual.

Tension artérielle : 13-5 (Pachon).

Amaigrissement (de 73 à 65 kilogr.).

La ponction lombaire, pratiquée le lendemain de l'entrée, n'apporte pas d'éléments nouveaux : albumine : 0,20 ; Pandy et Weichbrodt :

©BIUM

0 ; leuco. : 1,2 ; benjoin : 00000.00100.00000 ; Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

La tension n'avait pas été prise.

Par ailleurs, les réactions biologiques du sang sont négatives.

Il fut impossible de pratiquer un examen psychologique (tests), en raison de l'état de torpeur et des crises épileptiformes.

En effet, les vertiges épileptiques se succèdent très rapidement, et deviennent bientôt presque subintrants.

Les convulsions des membres sont inconstantes et ne prédominent pas d'un côté.

On fait alors pratiquer, le 26 avril, un examen oculaire qui fournit les résultats suivants :

— Pupilles égales, à contours un peu irréguliers ; réflexes photomoteurs et accommodatifs conservés, mais de faible amplitude.

Grosse stase papillaire avec hémorragies multiples (Dr Lagarde).

Le jour même, le transfert dans le service de neuro-chirurgie du Dr Clovis Vincent est décidé.

La localisation de la tumeur y fut précisée, moins par la ventriculographie que par l'encéphalographie, qui permit de conclure à une tumeur du lobe frontal droit.

Le 7 mai 1934, l'intervention avait lieu (Dr Puech), la malade se trouvant en état de mal vertigineux.

Volet frontal droit de 5 sur 5 cm. Dure-mère très tendue.

Ponction du lobe frontal droit, trouvant une résistance à 3 cm. de profondeur.

Incision de la corticalité et exposition de la tumeur frontale droite profonde et para-médiane.

Ablation de cette tumeur, d'abord en bloc, puis par électro-coagulation et morcellement.

Poids de la pièce : 60 gr.

Décompressive sous-temporale.

Hémostase et suture.

Intervention sans incident immédiat et sans suites graves.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un astrocytome

Au début de juin, la malade quitte la Pitié ; elle fait alors un nouveau séjour d'un mois à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Voici ce que l'on notait le 9 juillet 1934, à la veille de sa sortie : l'obnubilation a complètement disparu ; les opérations mnésiques s'effectuent facilement et correctement ; la malade connaît parfaitement les dates de la guerre, celle de sa propre évacuation des régions envahies ; elle se souvient de mots allemands appris pendant l'occupation, fournit des détails sur les opérations. L'orientation est bonne, l'élocution facile et rapide.

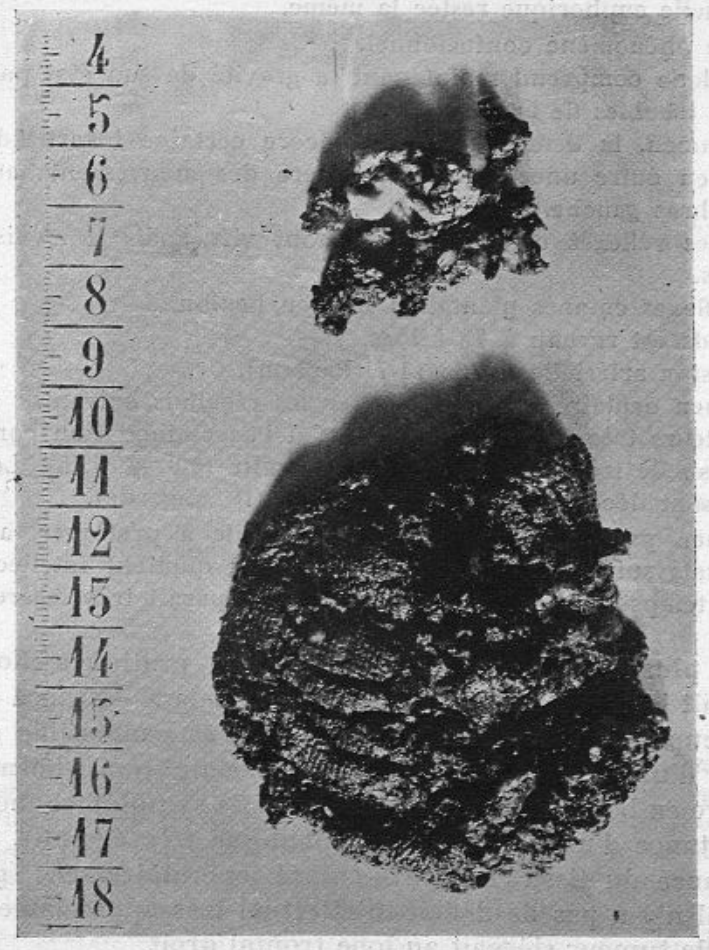
Cependant, une euphorie, qui peut paraître anormale, persiste.

Depuis l'intervention, il ne s'est plus produit une seule crise comitiale.

©BIUM

Par ailleurs, l'acuité visuelle a augmenté, au point que la malade peut lire son journal et coudre.

L'état physique est excellent (augmentation de poids de 5 kilogs).



A, partie enlevée à la pince.
B, partie enlevée à l'aspirateur.

Nous avons revu Mme L..., le 11 mai 1935, soit un an après l'opération.

L'état physique est toujours excellent.

Absence de céphalées, de douleurs même au niveau du volet frontal (à peine visible d'ailleurs).

Depuis l'intervention, la malade a présenté récemment un seul accident comitial (vertige, tremblement et chute).

©BIUM

La mémoire reste satisfaisante dans tous ses modes.

L'attention est normale, aucune tendance à la somnolence ; et cependant persiste une certaine lenteur motrice, une maladresse et même une lenteur compréhensive, qui contraste avec l'excitation intellectuelle euphorique restée la même.

Pas de phénomène confusionnel.

La malade comprend maintenant la gravité de son état passé.

Pas de troubles de la parole.

A l'examen, la démarche garde encore certaine incertitude, et il persiste en outre une diminution légère des mouvements automatiques du bras gauche.

Tous les réflexes ostéo-tendineux sont vifs, mais il n'existe plus de clonus.

Les réflexes cutanés plantaires sont en flexion.

Le poids est revenu à 73 kilogs.

La tension artérielle est de 14-7 (Pachon).

L'examen oculaire vient de donner les résultats suivants : réflexes photomoteurs très diminués ; réaction à l'accommodation conservée; acuité visuelle très réduite, surtout à droite (0,9 + 0,75). Les deux papilles sont décolorées, surtout à droite (Dr Lagarde).

L'examen psychologique, maintenant facile à pratiquer, a fourni les résultats suivants : âge mental : 11 ans ; quotient intellectuel de 67 ; aux temps de réaction la fatigabilité apparaît très légère.

Ainsi, plus d'un an après l'intervention pratiquée alors que la vie était immédiatement en danger, la malade — qui a rapidement récupéré un fonctionnement cérébral compatible avec la conduite d'une existence familiale et sociale quasi-normale — est encore en bon état et ne présente pas de symptômes indiquant la persistance d'un processus encéphalique très évolutif. Malgré l'importance du tissu nerveux enlevé opératoirement (plus de 60 gr.), il n'y a pas de déficit intellectuel très appréciable. Il est vrai que la tumeur siégeait au lobe frontal droit.

Sans doute ne peut-on parler de guérison complète, mais la durée de la survie est dès maintenant appréciable.

La séance est levée à midi 45.

Le Secrétaire des Séances,
Paul COURBON.

©BIUM

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 4 Juillet 1935

Présidence : M. André BARBE, président

Epilepsie et larmes de sang, par M. Béhague.

M. *Béhague* rapporte le cas d'un sous-officier de carrière qui, après une chute de cheval, n'eut pas de perte de connaissance mais fut en proie à des céphalées qui allèrent grandissantes jusqu'au 3e jour. En même temps, la vue de l'œil droit baissait et tomba jusqu'à 6/10.

Brusquement, des larmes de sang s'échappèrent de l'œil droit et les céphalées disparurent. La vision redevint normale. A multiples reprises, le même phénomène se reproduisit ; quelquefois, il y a une véritable crise d'épilepsie avant les pleurs de sang qui toujours terminent la scène.

Le sang se fait jour, soit par les deux caroncules, soit par la surface interne de la paupière inférieure. Il coule en gouttes qui sèchent sur la face ou maculent le linge. Son volume atteint quelquefois plus d'un dé à coudre ; il a permis : numération globulaire, mensuration du taux de l'hémoglobine et des réactions diverses. La nature du liquide est incontestable.

L'auteur pense que l'hémorragie sous-conjonctivale étant classique dans l'épilepsie, il s'agit dans le cas présent d'hémorragie caronculaire chez un épileptique traumatique due au même mécanisme.

Discussion. — M. Fribourg-Blanc, qui a examiné le blessé antérieurement, avait émis l'hypothèse de déséquilibre neuro-végétatif post-commotionnel. Lorsqu'il avait examiné le blessé, il n'y avait pas encore eu de crises convul-

©BIUM

sives. Celles-ci existant, l'hypothèse du Dr Béhague lui semble bien plus satisfaisante et il l'adopte volontiers.

M. Lhermitte rappelle l'existence de larmes de sang chez les mystiques et pense qu'il y a des cas où toute idée de supercherie doit être rejetée, des phénomènes vaso-moteurs intenses étant probablement à l'origine de ces faits.

Le syndrome métastatique aigu des tumeurs secondaires du cerveau, par MM. Raymond Garcin et R. Huguenin.

Présentation d'une malade atteinte d'une métastase cérébrale révélée par un syndrome aigu, suivie d'une régression temporaire. Elle présentait une hémiplégie droite avec aphasie installée en quelques jours, qui régressa en trois mois, au bout desquels les auteurs constatent de la toux, de l'amaigrissement et de l'expectoration.

L'intérêt de ces faits est double : d'abord, ils montrent qu'une métastase cérébrale à début violent est susceptible de régresser rapidement et qu'il faut penser au cancer du poumon, qui donne souvent des métastases nerveuses ; ensuite, ils offrent un grand intérêt biologique, car ceci amène à penser que le syndrome initial est un syndrome vasculaire et non tumoral.

Compression médullaire par épidurite staphylococcique chez une diabétique, par MM. R. Garcin, Petit-Dutaillis et I. Bertrand.

Les auteurs rapportent le cas d'une malade chez qui la symptomatologie avait fait penser à une sclérose en plaques. Elle avait été atteinte quelques années avant d'ostéomyélite aiguë. Au cours de l'opération tardive, car la malade était diabétique, fut trouvée une épidurite à staphylo avec pachyméningite comprimant la moelle.

Discussion. — M. A. Thomas rapproche de cette observation un cas de paralysie faciale chez un malade ayant, quelques années auparavant, fait une ostéomyélite et M. Huguenin un cas de lumbago.

Syndrome thomsénien et myœxdème. Début simultané, évolution parallèle. (Deuxième note). Etude de la myotonie, par MM. G. Bourguignon et R. Garcin.

Ce malade, présenté antérieurement, mourut trois semaines après sa présentation, de broncho-pneumonie. La chronaxie était celle que l'on rencontre dans la dégénérescence wallérienne et non chez les thomséniens et les myopathiques.

Syndrome thomsénien et myxoedème (troisième note). Etude anatomique, par MM. R. Garcin et I. Bertrand.

Diabète insipide consécutif à une entorse tibio-tarsienne. Les facteurs immédiats et lointains de la polyurie (*avec présentation de malades*), par MM. J. Lhermitte, Métenier et Gauthier.

Le diabète insipide le plus typique peut éclore à la suite d'un traumatisme sur le crâne, les cas en sont nombreux ; il est exceptionnel de voir

©BIUM

cette maladie être consécutive, en apparence à un traumatisme bénin d'un membre; c'est pourquoi le fait présenté est digne d'attention. Chez un jeune garçon de 17 ans, apparut deux jours après une entorse, une polyurie de 3 litres, laquelle augmenta rapidement et se maintient depuis un mois à 6 litres.

Aucun autre symptôme de la série infundibulo-tubérienne, mis à part un amaigrissement assez net. La ponction lombaire négative dans ses résultats a réduit pendant 24 heures la polyurie. Selon les auteurs, le diabète insipide ne serait, chez ce malade, consécutif qu'en apparence à l'entorse car l'on constate une modification du sphénoïde, une pachybasie sellaire et un signe de Babinski, lesquels indiquent tout au moins un état anormal de l'organisme, peut-être d'origine spécifique, lequel apparaît comme le véritable facteur du diabète, le traumatisme n'ayant été que la cause déchaînante.

Un cas anatomo-clinique de sclérose en plaques aigue avec symptomatologie de neuro-myélite (*avec projections*), par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, R. THUREL et R. ROSSANO.

MM. Alajouanine, Hornet, Thurel et Rossano rapportent l'observation d'un malade dont le tableau clinique est celui d'une neuroptico-myélite : installation successive et rapide de cécité et d'un syndrome de myélite aiguë, sans modifications du liquide céphalo-rachidien, et aboutissant à la mort en moins de deux mois. Or, les lésions sont celles de la sclérose en plaques avec quelques particularités, tenant à leur intensité, et à la rapidité de l'évolution ; c'est ainsi qu'au niveau de certaines plaques le processus destructif s'attaque non seulement à la myéline, mais aux fibres nerveuses et à la trame névroglique.

Il n'existe entre les lésions de la sclérose en plaques et la neuroptico-myélite que des différences de degré, qui ne permettent pas d'établir entre elles une séparation franche.

Arachnoïdite et syringomyélie (*avec projections*), par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. THUREL.

Ramollissement cérébral à double foyer symétrique consécutif à la ligature d'une jugulaire, par MM. Pierre DUVAL, LHERMITTE et VERMES.

Chez un homme de 57 ans, opéré pour adénopathies cervicales néoplasiques, la ligature de la jugulaire gauche détermina immédiatement une respiration stertoreuse, puis très vite un coma profond accompagné d'hémiplégie gauche. La mort survint au 2e jour. A l'autopsie : double foyer malacique comprenant les lobes frontaux et s'étendant, du côté droit, aux ganglions striés et à la capsule interne.

Ce qui est particulier à ce cas, c'est que l'intervention a été faite sous anesthésie locale, qu'il n'existait aucune anomalie veineuse et, qu'enfin, le foyer de ramollissement était plus développé du côté opposé à l'intervention. Par un mécanisme différent, la ligature de la veine jugulaire peut donc produire, comme la ligature de la carotide interne, un ramollissement cérébral, mais si ce dernier est unilatéral dans la seconde éventualité, dans la première le trouble circulatoire se montre bilatéral et spécialement frontal.

©BIUM

Glioblastome calcifié ventriculaire développé sur un cerveau atteint d'Istioatypie corticale, par MM. J. LHERMITTE, HEUYER et Mlle Claire VOGT.

Chez un enfant atteint de sclérose tubéreuse typique l'examen radiologique du crâne décela la présence d'une tache opaque juxta-ventriculaire. On pensa alors à la possibilité d'un tubercule calcifié en raison des symptômes caractéristiques de méningite tuberculeuse présentés par le malade. L'autopsie confirma la réalité du diagnostic de méningite, mais révéla l'existence d'une tumeur intra-ventriculaire, histologiquement un glioblastome atypique avec de très nombreuses concrétions calcaires. Ce fait qui n'est pas isolé dénonce la parenté de la sclérose tubéreuse et des néoformations névrogliques.

Description d'un petit instrument pour prendre la tension du liquide intraventriculaire sans perdre une goutte de liquide céphalo-rachidien, par MM. Th. DE MARTEL et GUILLAUME.

La Pachybasie, par MM. J. LHERMITTE et A. NEMOURS.

Projections de plusieurs cas de pachybasie sellaire caractérisée.

Contribution histopathologique à l'étude de la narcolepsie et du tremblement avec rigidité musculaire. Tubercule du lobe frontal avec lésions diencéphaliques juxta-ventriculaires et lésions des corps striés, par M. Marcel MONNIER.

Un homme de 63 ans présente, pendant une année, des accès de narcolepsie avec un syndrome fruste d'hypertension intra-cranienne. On l'hospitalise à la Salpêtrière, où l'on constate une hémiplégie progressive à gauche avec tremblement, rigidité musculaire et hypoesthésie de l'avant-bras et de la main.

L'*examen histopathologique* sur coupes sériées horizontales et vertico-frontales révèle un tubercule fibro-caséeux du lobe frontal droit, un ramollissement de la substance blanche avoisinante (centre ovale, capsule externe, genou du corps calleux, portion postérieure de la capsule interne), des lésions dégénératives et inflammatoires des corps striés et du globus pallidus, enfin une épendymite chronique diffuse. La substance grise juxta-ventriculaire du 3e ventricule, celle de l'aqueduc sylvien dans sa partie supérieure aussi bien que celle du ventricule latéral est atteinte.

En ce qui concerne la *pathogénie de la narcolepsie,* le cas étudié montre qu'on ne saurait admettre une origine frontale tant que les régions juxta-ventriculaires sont lésées. Il affirme donc l'origine diencéphalique juxta-ventriculaire de ce trouble et réfute aussi la théorie de l'origine thalamique. Il montre enfin qu'il convient d'élargir vers l'avant et l'arrière les limites de la zone méso-diencéphalique de von Economo, préposé à la régulation du sommeil. Les lésions principales siègent en effet dans ce cas à la partie supérieure de l'aqueduc, puis aux abords de la commissure blanche postérieure et dans la région infundibulo-tubérienne.

Quant au *tremblement avec rigidité musculaire,* le cas étudié montre que ces troubles extra-pyramidaux dépendent de lésions des corps striés et du globus pallidus, alors que le noyau rouge, le cervelet, ses pédoncules et le locus niger sont intacts.

©BIUM

Discordance du lipiodiagnostic sous-arachnoïdien et de la manœuvre de de Queckenstedt dans un cas de tumeur médullaire, par MM. M. COSTE et HAGUENAU.

MM. Coste et Haguenau ont observé, dans un neuro-gliome intradural se développant au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, une discordance entre les deux méthodes classiques.

L'épreuve de Queckenstedt donnait une réponse presque normale, avec une tension initiale de 19 à 20 et une ascension, en 10 à 15 secondes, à 42-44, par compression des jugulaires. Dès la suppression de la compression, la tension revenait immédiatement à la normale. L'épreuve de Queckenstedt donnait donc une réponse paranormale.

Le lipiodiagnostic, au contraire, tant par voie haute que par voie basse, montrait un arrêt caractéristique, précisait le siège de la tumeur et permettait de prévoir la latéralisation droite de celle-ci et sa situation intradurale.

Les auteurs insistent à ce propos sur la nécessité de pratiquer d'une façon systématique les deux épreuves et de ne pas les opposer l'une à l'autre. Si, dans la majorité des cas, elles sont concordantes, on peut constater parfois la précession de l'une ou de l'autre.

Maurice LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie

---

Séance commune tenue le 22 Juin 1935 à l'Institut Decroly à Uccle

---

Présidence : M. ALEXANDER, président

L'Institut d'enseignement spécial, par Mme J. JADOT-DECROLY.

Cette séance commune a débuté par une visite de l'Institut Decroly, sous la conduite de Mme Jadot-Decroly. Visite émouvante par le souvenir du maître tant regretté, que ces locaux, ces jardins, ce matériel d'enseignement évoquent à chaque pas. Mais on sent aussi que la pensée d'Ovide Decroly est partout ; ses continuateurs n'ont pas failli à leur lourde tâche. C'est toute la technique du grand psychologue de l'enfant qui apparaît là dans ses applications pratiques : l'enseignement par les méthodes actives, basé sur les « centres d'intérêt », sur l'observation spontanée et sur les processus psychiques fondamentaux, tels que la fonction de globalisation, qui président au développement de la mentalité infantile.

©BIUM

Intégrer l'enseignement dans le cadre des processus mentaux spontanés par lesquels l'enfant acquiert la connaissance du monde extérieur ; ne pas perdre de vue que l'intérêt est le principal moteur de l'activité cérébrale et utiliser ce puissant facteur de développement psychique pour faire acquérir à l'enfant, au fur et à mesure de sa croissance, les notions que son cerveau est capable d'assimiler ; éviter de refouler ses tendances intellectuelles instinctives par l'application prématurée des méthodes analytiques propres à l'adulte ; rejeter les procédés purement didactiques et susciter le travail personnel ; faire une large part à l'éducation motrice ; encourager et diriger les initiatives de l'enfant ; donner aux sanctions le caractère d'une conséquence logique de la faute commise ; favoriser la création dans l'Ecole d'un milieu social où, grâce à la coéducation et aux charges déterminées qui sont confiées à chacun, l'enfant prend conscience de ses responsabilités vis-à-vis de la collectivité ; tels sont en somme les principes essentiels de la méthode dont l'application a donné de si heureux résultats, tant dans l'enseignement spécial que dans l'enseignement ordinaire.

L'éducation de l'enfant anormal doit avoir pour but sa préparation à la vie. Il faut :

1° le placer dans une ambiance capable de stimuler et d'entretenir les activités nécessaires à son adaptation au milieu dans lequel il devra vivre plus tard : l'Institut d'enseignement spécial situé à la campagne et ne prenant qu'un nombre restreint d'enfants conviendra le mieux ;

2° proportionner le but que l'on veut atteindre aux capacités de l'enfant : dès son entrée à l'Institut, chaque enfant est soumis à une série d'épreuves afin d'établir, avec une certaine précision, son niveau de développement intellectuel et physique, ses connaissances scolaires et autres, de rechercher les facultés déficientes. L'observation faite au cours de ces épreuves et dans la vie de tous les jours, permet de découvrir les traits fondamentaux de son caractère.

A) L'ÉDUCATION INTELLECTUELLE ne s'adresse ni aux idiots, ni aux imbéciles profonds, les exercices ayant pour but d'agir sur le développement moteur, les tendances affectives inférieures, les habitudes élémentaires suffisent.

Pour les débiles mentaux, les lacunaires, l'éducation intellectuelle permettra une meilleure adaptation à la vie.

Quelques principes :

1° Enseigner des connaissances qui pourront être utilisées ultérieurement dans la vie ;

2° Individualiser l'enseignement, l'adapter à chaque cas (utilisation de jeux éducatifs, de fiches) ;

3° Enseigner les techniques indispensables, d'abord en prenant comme base les exercices d'observation choisis dans le « centre d'intérêt » du moment (soit un des centres en rapport avec les besoins de l'enfant, soit un centre occasionnel en rapport avec un événement important de la vie de l'enfant, ou avec la vie des plantes et des animaux qui l'entourent) ;

4° Dans la mesure où le développement mental le permet, on introduit graduellement un matériel de compréhension et d'expression plus abstraite et symbolique ;

5° Si les aptitudes le permettent, on établit des rapports entre les faits observés et ceux qui ne peuvent l'être dans l'espace puis dans le temps (Géographie, Histoire) ;

©BIUM

6° La précision et le contrôle de la pensée sont favorisés par les procédés actifs : Dessin, modelage, etc. ;

7° Les enfants sont amenés petit à petit à l'activité personnelle basée sur l'initiative : recherche de documents pour la leçon, pour une causerie, organisation de représentations, etc. ;

8° Des synthèses sont favorisées par la confection de tableaux, de livres ;

9° Les techniques (lecture, écriture, etc.), sont enseignées par le procédé global ;

10° Les anomalies qui entravent l'acquisition de ces techniques sont traitées individuellement ;

11° Utilisation des jeux éducatifs (attention, initiation à la lecture, au calcul, à la grammaire, histoire, etc.).

B) L'ÉDUCATION MOTRICE, comme l'éducation intellectuelle, est basée sur les intérêts de l'enfant. Les méthodes employées dépendent du niveau intellectuel de l'enfant et de son degré d'insuffisance motrice.

Moyens utilisés. — Grands mouvements associés à la musique, jeux qui amènent l'enfant à développer ses coordinations motrices déficientes (balle, course, saut, etc., imitation des activités des grands), occupations utilitaires (habillage, soins de toilette, entretien des vêtements, de la chambre, du jardin, soins aux animaux, etc.). Les jeux éducatifs divers (emboîtement, encastrement, enfilage, jeux démontables) contribuent particulièrement au développement des coordinations, des mouvements des mains de même que la confection d'objets en matières variées (vannerie, menuiserie, tissage, reliure, construction déhutée, couture, etc.). Bien entendu, les enfants présentant des troubles moteurs graves sont soumis à des exercices de gymnastique spéciale.

C) L'ÉDUCATION DU CARACTÈRE dépendra de l'état intellectuel et de l'état affectif.

Si l'enfant est un insuffisant intellectuel, il faudra développer chez lui des habitudes qui renforceront les tendances utiles et favorables et neutraliseront autant que possible les tendances défavorables et inutiles.

En tout premier lieu, il doit se sentir aimé et compris (il perdra ainsi petit à petit les habitudes de dissimulation et de colère), avoir une vie très régulière partagée entre des occupations variées (qui lui donneront le goût de l'activité) et des jeux.

Chaque enfant remplira un rôle dans l'organisation de la maison, participera avec d'autres aux soins à donner aux animaux, suivant ses capacités ; on pourra ainsi favoriser le développement des tendances sociales si souvent déficientes et le sentiment de la responsabilité.

Présentation de malades, par Mme J. JADOT-DECROLY.

Le *premier cas* présenté concerne une fillette de 11 ans, en traitement depuis 5 ans, atteinte de débilité mentale avec troubles moteurs très accusés. A son entrée, elle présentait de nombreuses manies et des crises d'agitation violente à la moindre contrariété. Le niveau mental s'est amélioré et l'enfant est capable de s'adapter à une activité collective. Il existe encore une grande insuffisance des coordinations motrices, mais il est intéressant de constater que, dès que sous l'influence de l'éducation, les mouvements s'automatisent, leur coordination est parfaite, ils sont rapides et ne s'accompagnent d'aucune syncinésie. Cependant, l'apprentissage de ces mouvements est long et pénible.

©BIUM

2e *cas.* — Fillette de 13 ans atteinte de débilité mentale, très instable, hyperémotive et incapable à son entrée de se plier à une discipline quelconque. Actuellement, le niveau mental s'est fortement amélioré et les tendances sociales sont devenues tout à fait normales pour son âge. L'hyperémotivité existe encore, mais les réactions sont moins vives.

3e *cas.* — Fillette de 10 ans, normale au point de vue intellectuel, mais retardée scolaire en raison de troubles graves du caractère, qui rendaient la vie sociale impossible. Le milieu familial était ici la principale cause des troubles constatés. Sous l'influence du traitement, l'enfant s'améliore rapidement tant au point de vue du caractère que des connaissances scolaires.

4e *cas.* — Fillette de 12 ans, entrée à l'Institut pour les mêmes raisons que la précédente, mais qui a évolué différemment en raison de l'origine constitutionnelle des troubles du caractère. L'amélioration est beaucoup plus lente, la paresse, l'instabilité, le besoin d'attirer l'attention, persistent et rendent la rééducation difficile.

Myopathie pseudo-hypertrophique, par M. ALEXANDER.

Présentation d'un jeune homme de 16 ans dont l'affection évolue depuis trois ans et a débuté par un dandinement bizarre de la démarche, qui en imposa tout d'abord pour un trouble névropathique. Plus tard, on vit apparaître une hypotonie musculaire généralisée et une atrophie progressive des muscles de la racine des membres avec lordose, en même temps qu'une pseudo-hypertrophie des mollets, extrêmement marquée. Les masses sacro-lombaires sont hypotoniques et atrophiées ; le malade est incapable de se lever ou de s'asseoir sans l'aide des bras.

Sclérose en plaques aiguë chez l'enfant, par M. J. DAGNELIE.

Relation du cas d'une fillette de 7 ans 1/2, chez laquelle on vit apparaître, à la suite de troubles digestifs avec vomissements, un syndrome cérébelleux aigu, prédominant à gauche, caractérisé par de la maladresse des mouvements, de l'ataxie de la démarche, du nystagmus, de l'hypotonie musculaire, un aspect figé de la mimique. Il y avait en outre exagération du réflexe rotulien gauche, exagération des achilléens avec léger clonus. On observa passagèrement des mouvements choréiformes des poignets. Ce syndrome, qui évolua sans fièvre, fut accompagné d'une forte diminution de l'acuité visuelle avec pâleur des deux papilles, et les symptômes cérébelleux présentèrent des phases de rémission complète et d'aggravation.

L'auteur discute le diagnostic et montre qu'il est difficile de se prononcer entre une sclérose en plaques aiguë et une encéphalomyélite disséminée aiguë. On considère généralement que les ataxies aiguës sont d'un pronostic favorable, mais les séquelles ne sont pas rares dans ces cas.

A la fin de la séance, *projection d'un film cinématographique* commenté par Mme J. Jadot-Decroly, concernant les activités spontanées de divers groupes d'enfants dans leurs jeux et dans la représentation de scènes de théâtre de leur invention.

J. LEY.

©BIUM

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française

XXXIXe Session (Bruxelles, 22-28 juillet 1935)

Présidents : M. le docteur René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine)
et M. le docteur Ernest DE CRAENE (de Bruxelles).

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 39e session à Bruxelles, du 22 au 28 juillet 1935, sous le Haut Patronage de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges et sous la *présidence* de MM. les Drs René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) et Ernest DE CRAENE (de Bruxelles). Le docteur O. CROUZON (de Paris) était *vice-président*. Faisaient également partie du Bureau le professeur P. COMBEMALE (de Lille), *secrétaire général de l'Association*, le Dr VIGNAUD (de Paris), *trésorier*, et le professeur G. VERMEYLEN (de Bruxelles), *secrétaire annuel*.

Nous donnons ci-dessous le Compte rendu des séances scientifiques qui furent très suivies. Dans l'intervalle de ces séances, des réceptions et des excursions permirent à tous d'apprécier les splendeurs de la grande capitale belge et de son admirable Exposition Universelle et Internationale. Des visites furent également organisées à l'Université libre de Bruxelles et à l'Université catholique de Louvain, à la Faculté de médecine de Bruxelles et à son nouvel Hôpital Universitaire, au service de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann, à l'Asile Salve Mater de Lovenjoul, à la Ferme-Ecole de Waterloo et à la Colonie de Gheel.

©BIUM

SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE

Cette séance eut lieu dans le grand hall de l'Université de Bruxelles, sous la *présidence* de M. Emile VANDERVELDE, *Ministre d'Etat, Vice-Président du Conseil des Ministres*. Dans un discours richement documenté, M. le Ministre VANDERVELDE commenta d'abord la *Loi de Défense sociale* du 9 avril 1930. Il montra l'importance pratique de cette grande réforme, indiqua aussi les critiques auxquelles elle a donné lieu et les modifications qu'il souhaiterait lui voir apporter. Il insista, en particulier, sur la réforme éminemment désirable des locaux et des bâtiments.

Puis on entendit les allocutions, très applaudies, des délégués officiels et des Présidents du Congrès.

Sur la Bonté.

Discours inaugural par M. René CHARPENTIER, *président*

Après avoir remercié les diverses personnalités qui avaient bien voulu accepter de faire partie du Comité d'Honneur du Congrès et d'assister à la séance inaugurale, M. le Président René CHARPENTIER prononça un remarquable discours d'usage consacré à *la Bonté*. Après avoir défini l'extraordinaire vertu qu'est la bonté, il analysa longuement la bonté pathologique : l'aveugle bonté du débile, la bonté facile du dément, la fantasque bonté du déséquilibré, l'angoissante bonté du psychasthénique, la souriante bonté de certains hypomaniaques, la tragique bonté du mélancolique, l'effroyable bonté du paranoïaque, la redoutable bonté du délirant mystique, etc. Cette étude, des plus intéressantes, était enrichie d'exemples saisissants que l'orateur avait puisés dans la littérature psychiatrique et surtout dans sa grande expérience clinique.

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'hystérie et les fonctions psycho-motrices. Etude psycho-physiologique,

par M. H. BARUK (de Saint-Maurice, Seine).

La première difficulté, c'est de définir ce qu'on entend en clinique sous le terme d'hystérie. Beaucoup de médecins esquivent cette difficulté en se contentant de désigner sous ce terme tous les syndromes nerveux ou mentaux plus ou moins variables, capricieux, mal définis, ou comportant les éléments de ce qu'on désigne plus ou moins vaguement sous le nom de mentalité hystérique. Une telle façon de faire est incompatible avec la possibilité d'un diagnostic précis et est d'ailleurs en contradiction avec l'évolution historique de la notion d'hystérie.

Le cadre de l'hystérie, d'abord excessivement vaste, constituait au début une sorte de *caput mortuum* de la médecine, dans lequel on jetait pêle-mêle tous les cas qui semblaient ne pas répondre à une maladie connue. C'était l'hystérie de Sydenham. Plus tard, au fur et à mesure des progrès de la neurologie et de la psychiatrie, cet immense territoire a été peu à peu démembré : certains symptômes, qualifiés longtemps d'hystériques, ont été reconnus organiques (torticolis dit mental, spasmes de torsion) ; d'autres ont été classés parmi les névroses (anxiété, psychasthénie) ; enfin la « folie

©BIUM

hystérique » a été à peu près complètement démembrée au profit de la psychose maniaque dépressive, de la catatonie, de la démence précoce.

Que reste-t-il donc, comme appartenant en propre à l'Hystérie ? Il reste un ensemble de syndromes de présentation extérieure neurologique, mais qu'il est possible de faire disparaître totalement par des moyens persuasifs : c'est là le *Pithiatisme de Babinski*. Cette conception est certes fort limitée ; elle n'a trait qu'à des cas rares, mais elle est la seule définition pratique et précise, et elle évite les inextricables malentendus auxquels aboutissent les multiples conceptions de l'hystérie rappelées brièvement par l'auteur.

Comment en pratique reconnaître le pithiatisme ? On a cherché à mettre en évidence des stigmates pathognomoniques de l'hystérie : les stigmates de Charcot (hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, etc.) n'ont pas survécu à la critique de Bernheim, et surtout de Babinski, qui ont montré qu'ils étaient le produit de la suggestion médicale. On a alors cherché des stigmates psychiques et décrit une mentalité hystérique (Dupré, Logre) ; mais celle-ci est trop inconstante et trop extensive pour fournir un fondement pratique au diagnostic. La mise en évidence chez le malade de la « *suggestibilité* » par des épreuves spéciales consistant à provoquer par suggestion un syndrome pathologique pour le guérir ensuite par contre-suggestion, est passible de nombreuses critiques et n'est pas aussi démonstrative qu'on le croit souvent.

Cependant le diagnostic est possible — et souvent même facile — sur les simples données d'une observation clinique précise. L'auteur estime qu'il doit être fondé sur les trois grands caractères cliniques suivants, complétés par un 4e caractère d'ordre thérapeutique :

1° *Le trouble hystérique réalise, du moins dans son apparence extérieure, un aspect analogue à celui d'une action volontaire (trouble psycho-moteur) ;*

2° *Il ne s'accompagne pas de modifications objectives des réflexes tendineux ou cutanés, ni des signes habituels des lésions anatomiques de localisation actuellement connues (lésions pyramidales, extra-pyramidales, etc.) ;*

3° *Il ne s'accompagne pas de troubles psychiques grossiers (délire, troubles graves du comportement) susceptibles de donner au malade l'aspect d'un vrai psychopathe ou d'un aliéné, ni à aucun moment de l'abolition de la conscience ou du souvenir ;*

4° *Il peut être guéri totalement et quasi immédiatement par un procédé plus ou moins psychothérapique.*

Ces divers caractères permettent de différencier l'hystérie des affections de localisation organique d'une part, des psychoses d'autre part.

L'œuvre admirable de Babinski a donné des éléments précieux pour la première différenciation : les caractères précis qu'il a décrits des syndromes pyramidaux permettent cette différenciation facilement. Celle-ci est plus délicate en présence des syndromes extra-pyramidaux, mais ceux-ci ne doivent pas être assimilés à l'hystérie et l'auteur insiste sur les éléments du diagnostic différentiel. D'une façon générale, qu'il s'agisse d'une contracture, d'une paralysie, de mouvements anormaux, les troubles dits organiques réalisent des groupements spéciaux, des dissociations d'atteintes musculaires en rapport avec une localisation anatomique connue ; les troubles hystériques réalisent, au contraire, des synergies musculaires infiniment plus complexes et adaptées, comme dans l'action volontaire.

Ce même caractère se retrouve aussi dans les psychoses, et, à ce point de vue, la raideur catatonique réalise le même aspect morphologique d'appa-

©BIUM

rence volontaire ; mais ici on note de gros troubles psychiques apparents. Au contraire, dans l'hystérie, seul le trouble moteur se présente extérieurement à l'observateur ; sans doute, il existe d'importantes perturbations psychologiques, mais elles restent en quelque sorte dissimulées et n'entament apparemment pas la personnalité consciente. Ces *syndromes vraiment typiques* du pithiatisme sont constitués par les *contractures, les paralysies et certains tremblements*. Les crises nerveuses ont déjà des limites beaucoup moins tranchées, et il existe des transitions multiples entre les crises nerveuses que l'on peut qualifier de pithiatiques, bénignes et curables, et des crises nerveuses analogues symptomatiques de psychoses diverses (démence précoce, etc.) ou d'affections cérébrales variées (paralysie générale, tumeur cérébrale, sclérose en plaques). Dans ce domaine, le diagnostic différentiel entre la crise hystérique et la crise prodromique des psychoses est parfois fort difficile.

C'est que, dans les deux cas, le trouble porte sur les mêmes fonctions, c'est-à-dire sur les *fonctions psychomotrices* volontaires. En quoi consistent ces fonctions ? A côté des divers instruments d'exécution de la motilité, instruments en rapport avec des voies motrices plus ou moins localisées ou systématisées dans le système nerveux (voie pyramidale, extra-pyramidale), il existe des fonctions de *mise en train*, de *commande du mouvement*, d'*initiative motrice*. Ces fonctions, qui représentent les processus les plus élevés de la motricité, sont la résultante d'une synthèse complexe psychique et motrice, d'où le nom que leur donne l'auteur de fonctions psychomotrices.

Or, ces fonctions psychomotrices, reléguées en général sous le terme abstrait de « volonté », méritent d'être étudiées cliniquement et physiologiquement. Elles peuvent être touchées, en effet, en pathologie, soit d'une façon profonde, avec une véritable désagrégation psychique (c'est ce qui se passe dans les psychoses, notamment dans la catatonie de Kahlbaum), soit d'une façon légère, sans désagrégation psychique marquée, et avec curabilité par persuasion (c'est ce qui se passe dans le pithiatisme).

L'auteur étudie ensuite les résultats d'investigations physiologiques et psycho-physiologiques comparatives des troubles psychomoteurs dans la catatonie et dans le pithiatisme : notamment les résultats des courbes électromyographiques, soit au repos, soit dans les épreuves des mouvements passifs, de la mise en train psychomotrice par l'ergographie, des chronaxies vestibulaire et musculaire, des perturbations labyrinthiques, des troubles vasculaires et enfin de l'état mental.

Dans les deux cas (dans la catatonie comme dans le pithiatisme), le trouble musculaire présente extérieurement un aspect analogue à celui de l'action volontaire et c'est pourquoi tous les troubles psycho-moteurs donnent si souvent à des observateurs non exercés l'impression d'une simulation. L'auteur s'élève contre une telle interprétation : celle-ci d'ailleurs n'est plus discutée en ce qui concerne la catatonie ; un faisceau de preuves physiologiques et expérimentales montre que, malgré son impressionnante apparence volontaire, malgré ses variations paradoxales, sa suggestibilité et son aspect capricieux, le syndrome catatonique est la conséquence d'atteintes cérébrales, notamment d'ordre toxique.

En ce qui concerne le syndrome psychomoteur pithiatique, si sa pathogénie est moins avancée qu'en ce qui concerne la catatonie, bien des faits plaident également contre l'hypothèse d'une action purement psychogénique, ou plus ou moins simulée : ce sont d'abord *les phases prodromiques* communes à ces deux syndromes avec leurs troubles vasculaires et végétatifs ; ce sont en outre les perturbations vestibulaires, chronaxiques, les

©BIUM

signes d'épuisement nerveux prémonitoires (l'auteur insiste tout spécialement sur l'association si fréquente de *l'hystérie* et de la *cyclothymie*), enfin les syndromes pithiatiques symptomatiques d'infections, d'intoxications, etc.

A ce sujet, *il faut modifier cette façon habituelle de penser suivant laquelle tout trouble psychique serait plus ou moins voulu.* Un trouble psychique peut tout aussi bien être la conséquence d'une perturbation cérébrale qu'un trouble purement neurologique. L'influence de l'action psychothérapique n'est pas non plus un argument en faveur d'une conception purement psychogénique : on trouve dans la pathologie cérébrale de nombreux exemples d'*atteintes diffuses du système nerveux* (comme par exemple des atteintes toxiques) *qui augmentent énormément la suggestibilité du sujet* et diminuent d'autant le pouvoir d'initiative ou de contrôle de la volonté.

Ainsi, malgré les importantes perturbations psychologiques qu'ils comportent, les syndromes psychomoteurs (hystériques ou catatoniques) ont leur racine dans *des perturbations physiologiques du système nerveux.* Ils sont subis, et non créés de toute pièce, par le malade ; même certaines attitudes psychologiques ont à leur base des phénomènes d'inhibition ou de déviation des fonctions nerveuses les plus élevées.

Seulement ces divers troubles psychomoteurs représentent des degrés d'intensité différente. Dans la catatonie, la personnalité est submergée ; les fonctions psychomotrices sont mises en train d'une façon incoercible, ce qui donne au malade l'impression « qu'il est obligé de se contracter malgré lui » et favorise par suite des interprétations délirantes pour expliquer cette « prise de sa volonté et cette impression d'influence ». Dans l'hystérie, cette personnalité est seulement engourdie, inhibée ; c'est pourquoi la lutte ne s'établit pas contre le trouble pathologique, qui reste toléré ; d'où cette apparence de complaisance du malade vis-à-vis de ses troubles, apparence qui a donné lieu à certaines conceptions péjoratives de l'état mental des hystériques. Cette défaillance de l'action volontaire ne doit pas être placée sur le plan moral, mais sur celui d'un fléchissement physiologique : c'est pourquoi une invigoration, une action psychothérapique rétablit facilement une fonction seulement engourdie et non supprimée. Ces données psychologiques sont confirmées par certaines explorations physiologiques : les courbes électromyographiques ou l'étude de la mise en train par l'ergographie mettent en effet en évidence chez les pithiatiques des irrégularités et une certaine inconstance de l'influx moteur volontaire.

Quant au rôle bien connu, au moins comme cause occasionnelle, des émotions et des conflits affectifs dans la genèse des accidents hystériques, ces faits ne vont nullement à l'encontre d'une conception physiologique. Ces facteurs ne jouent en effet que comme *agents de dépression nerveuse* et s'associent souvent aux autres causes physiques de dépression (intoxication, toxi-infection) sur un terrain somatique et psychologique spécial.

L'auteur étudie en dernier lieu la question thérapeutique. Il s'élève à ce sujet contre les méthodes brutales, malgré les succès incontestables du « torpillage ». Il leur préfère une thérapeutique utilisant à la fois l'action du sommeil et de la psychothérapie, grâce à une *association médicamenteuse* (scopolamine-chloralose) dont il expose l'action physiologique, les détails d'application pratique et les résultats. Il conseille aussi de tenir compte de l'état de *dépression nerveuse* qui prépare l'éclosion des accidents hystériques et de le soigner.

©BIUM

En terminant, l'auteur insiste sur l'intérêt de l'étude des syndromes psychomoteurs qui constitue une préface à l'exploration physiologique des névroses et des psychoses.

DISCUSSION

M. le professeur LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) souligne l'importance de l'état dépressif sous-jacent à beaucoup de réactions pithiatiques, état qui s'accompagne souvent d'une grande labilité vago-sympathique. Il analyse également l'influence du facteur social dans l'éclosion des manifestations pithiatiques.

M. le professeur H. CLAUDE (de Paris) croit qu'il y a intérêt à distinguer deux types d'accidents psycho-névropathiques. Il propose de réserver le terme de *pithiatisme* à des accidents légers, tels que paralysie ou parésie transitoires, contractures de cause locale reconnue, anesthésies ou analgésies localisées, algies diverses, spasmes ou tics, qui sont du domaine de la suggestion provocatrice et de la persuasion curatrice, et qui relèvent d'un processus d'interprétation erronée ou d'une réaction émotive. Il voudrait ne qualifier du terme d'*hystérie* que des accidents beaucoup plus graves et qui traduisent une perturbation beaucoup plus profonde dans l'activité psychique ou psycho-motrice ; ici intervient non plus un processus interprétatif et suggestif banal, mais une véritable dissociation fonctionnelle.

M. HARTENBERG (de Paris) conteste la réalité de l'hystérie ; il nie l'existence des phénomènes hystériques.

M. LÉVY-VALENSI (de Paris) regrette que le Rapporteur ait limité l'hystérie au pithiatisme. Il insiste sur l'importance des réactions émotives et mythomaniaques et ramène les trois manifestations de l'hystérie à la désagrégation mentale qu'exprime le terme schizose proposé par le professeur Claude.

M. P. COURBON (de Paris) dit que pithiatisme et hystérie peuvent coexister, mais sont de natures différentes. Le pithiatisme ou suggestibilité a une condition purement psychique ; les troubles sont créés par l'imagination ; ils sont curables par la seule psychothérapie. L'hystérie, ou aptitude à conserver des attitudes où se trouvait le sujet lors d'une émotion, d'une commotion ou d'une maladie, a une condition organique, véritable neuroplasticité ; ces troubles ne sont curables que par une thérapeutique physique. Les troubles curables par persuasion armée ne sont pas pithiatiques, parce que l'arme est un agent de thérapeutique physique. L'intensité des signes physiques d'une émotion peut engendrer des troubles de nature purement physique et nullement pithiatique. Mensonge et perversité ne sont pas de nature hystérique.

M. A. ROUQUIER (de Nancy) partage l'opinion exprimée par le Rapporteur que ne peuvent être considérées comme hystériques les hémiplégies s'accompagnant de modifications des réflexes cutanés. Il rappelle ensuite qu'en temps de guerre les accidents pithiatiques ou les associations organico-pithiatiques se manifestent surtout lorsque le sujet a intérêt à prolonger son indisponibilité. Il tente enfin d'expliquer le mécanisme psycho-physiologique des dernières contractures ou paralysies flasques réellement pithiatiques qu'il a récemment traitées.

M. CODET (de Paris) montre que le point de départ de la réaction hystérique réside dans un élément psychologique banal : la constatation du bénéfice apporté par l'état maladif. A partir de là se développe chez certains un besoin impérieux d'accaparer l'intérêt, la pitié ou les soins d'autrui par

©BIUM

une véritable revendication affective. Celle-ci, inconsciente, sincère à son origine, franchement passionnelle, devient par la suite tyrannique et mensongère dans ses procédés. Pour appuyer sa politique, le sujet tend à utiliser tout trouble pathologique, ce qui donne à sa personnalité le sentiment apaisant d'être la victime irresponsable d'une fatalité organique. Si donc le syndrome hystérique ne peut créer directement un trouble somatique, l'orateur croit qu'il utilise très souvent, soit une affection manifeste et légitime qu'il colore et enrichit, soit des particularités physiologiques minimes, demeurées inaperçues auparavant (telles que troubles vaso-moteurs, asymétries fonctionnelles).

Cette très intéressante hypothèse rend bien compte, entre autres, de l'infinie variété des aspects individuels du syndrome hystérique.

M. PARCHEMINEY (de Paris), étudiant l'hystérie sous l'angle de la psychanalyse, dégage cette notion essentielle que le symptôme a une valeur psychologique et que sa fonction est liée à des mécanismes psychologiques précis.

M. le professeur POROT (d'Alger), ne connaissant de l'hystérie que le pithiatisme, demande de supprimer le terme d'hystérie et de ne plus parler que d' « accident pithiatique ».

M. G. HEUYER (de Paris), décrit trois phases dans le mécanisme des accidents pithiatiques : désir affectif à tendance toujours utilitaire, représentation imaginative et réalisation motrice. Il considère le pithiatisme comme un syndrome qui s'observe parfois à l'état pur — c'est le pithiatisme de Babinski — et qui s'associe dans d'autres cas à des affections organiques pour en faire partie intégrale.

Comme le Rapporteur, il condamne le « torpillage », manœuvre qu'il qualifie de brutale, dangereuse et inutile.

M. le professeur J. FROMENT (de Lyon) fait remarquer que l'œuvre de Babinski ressort de la discussion consolidée et plus solide que jamais. Il rappelle que dans un article intitulé « L'Hystérie après Babinski », paru dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 5 juin 1935, il a passé en revue et mis en regard, d'une part les conceptions de Radovici, de Baruk et de Van Bogaert et, d'autre part, le point de vue de Babinski qui, « à la lettre » et en toute indépendance, demeure le sien.

Ce qui frappait quand on voyait observer Babinski, poursuit l'orateur, c'est la sûreté avec laquelle il se repérait et s'orientait. Le véritable critère négatif de Babinski était, non pas l'absence de tel ou tel signe déterminé, mais bien de tout indice d'une perturbation physio-pathologique, si discrète fût-elle, pourvu qu'elle fût indubitable et que la volonté fût incapable de la reproduire.

Mais Babinski avait encore d'autres critères, que l'on pourrait qualifier de positifs. Soumettant les malades à une observation attentive et prolongée, il cherchait à se rendre compte si le trouble supposé pithiatique ne se donnait pas de démentis, s'il ne se comportait pas comme un trouble de façade dont l'intéressé faisait état devant le témoin plutôt qu'il n'en était véritablement le jouet. A cette apparence volontaire et dans certains cas vraiment demi-simulée, Babinski a appris à dépister l'accident justiciable de contre-suggestion et guérissable.

M. LOEWENSTEIN (de Paris) félicite le Rapporteur d'avoir dégagé avec tant de clarté le trait essentiel des symptômes hystériques : leur caractère volontaire, mais non conscient. Il rapporte ensuite un cas d'astasie-abasie guérie par la psychanalyse.

©BIUM

RAPPORT DE NEUROLOGIE

L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Etude neurologique,

par M. LUDO VAN BOGAERT (d'Anvers).

Chaque doctrine a voulu imposer à l'hystérie son cadre et ses critères. Les discussions les plus âpres ont tourné autour de sa définition. Mais, définir une maladie par ses symptômes, sans essayer d'en pénétrer la physiopathologie et l'étiologie, n'est-ce pas s'exposer à en voir reculer les limites, au gré des progrès sémiologiques ? Les objections faites à la définition clinique de Charcot, celles qui s'adressent aux conceptions plus récentes portent sur le même point, avec cette différence que le champ de l'hystérie a été déclaré inintéressant pour le neurologiste. L'hystérie ne serait qu'une réaction psycho-pathologique, un effet de la simulation ou de la supercherie et n'importe quelle tentative d'approche neurologique était ainsi condamnée dans son principe. Mais l'origine « idéogène » de l'hystérie empêche-t-elle ses manifestations de revêtir un *aspect physiologique* ?

Dans la première partie de son rapport, l'auteur essaie de mettre au point la comparaison des états encéphalitiques et hystériques qui montre une analogie d'aspect et d'allure et qui décèle chez les deux groupes de malades une suggestibilité anormale et une labilité neuro-végétative souvent de même signe. Il met en évidence, dans les deux séries, une participation importante des facteurs affectifs, une tendance à l'itération, au rythme, à l'absence de systématisation morphologique et une analogie dans les paradoxes moteurs. L'étude des confins de l'épilepsie révèle par ailleurs toute une gamme des types d'inhibitions de degrés différents, avec ou sans perte de conscience, accessibles ou non à la volonté, avec ou sans libération d'automatismes moteurs. L'hypnose elle-même qu'on a traitée de simulation du sommeil, découvre des états d'inhibition de la catégorie précédente et se montre susceptible d'intervenir comme facteur régulateur dans des désordres authentiquement organiques. Certains degrés de dérèglement neuro-végétatif observés isolément sont voisins de ceux qui précèdent, accompagnent ou suivent les attaques hystériques.

Est-ce à dire qu'on a affirmé l'identité de ces états et du pithiatisme ? Cette assimilation n'a pas été exprimée ; mais de ces analogies est née l'idée que ces désordres organiques pourraient livrer, fragment par fragment, la clef de certaines manifestations hystériques. Les manifestations extra-pyramidales diffèrent profondément des manifestations hystériques : elles ne sont pas guéries en une fois et immédiatement ; elles ne s'accompagnent pas de toute cette sémiologie striée, si troublante dans ses paradoxes, mais si nuancée et si caractéristique, ni des signes organiques ou biologiques aujourd'hui connus par la neurologie des lésions constituées.

Dans la seconde partie de son rapport, l'auteur examine si réellement le symptôme hystérique est dénué de toute attache physiologique. Insistant sur la constitution de l'hystérique, les signes de la période de préparation, la sémiologie qui caractérise les déroulements paroxystiques, il en arrive à la conclusion que l'hystérique est un déséquilibré endocrino-végétatif grave, mais que rien ne permet de séparer des autres malades du même ordre. L'expression neurologique de son émotivité, que celle-ci coïncide ou s'articule avec ses troubles n'est pas non plus spécifique. L'essentiel du trouble de

©BIUM

l'hystérie paraît résider dans une fragilité particulière de toutes les fonctions d'intégration ; sous l'effet d'émotions subliminales pour un sujet sain se réalisent chez lui des dissociations neuronales, qu'il est incapable ultérieurement de dominer, abandonné à ses seules énergies. On voit chez lui des inhibitions plus ou moins étendues mettant des fonctions cérébrales entières hors de portée du contrôle volontaire et en libérant d'autres. Ces exclusions peu durables naissent et s'évanouissent brusquement et ne laissent aucune séquelle. Elles sont moins brutales dans leur apparition et dans leur évolution, moins complètes dans leur expression que celles d'autres processus où l'inhibition est plus profonde, quoique également temporaire (épilepsie, troubles d'intoxication, etc.).

La pathologie du diencéphale, au sens le plus large du mot, a le privilège de découvrir une série de signes, dont on retrouve des équivalents dans l'hystérie la plus orthodoxe. Les pathologies organique et fonctionnelle utilisent dans leur expression les mêmes voies, les mêmes centres ; mais on trouve dans l'hystérie un exemple d'inhibition et de libération particulière.

Peut-on aller plus loin dans la physiopathologie de l'hystérie ? Nul sujet ne se prête mieux à des spéculations intellectuelles. Ce sont elles aussi qui ont ralenti l'avancement de son étude, car tout montre qu'une synthèse est encore prématurée.

Discussion

M. le professeur Laignel-Lavastine (de Paris) envisage quelques problèmes particuliers soulevés par le Rapporteur, notamment en ce qui concerne l'hyperthermie et l'anorexie hystériques, l'absence de saignement par piqûre au niveau d'une hémiplégie pithiatique.

M. le professeur R. Nyssen (d'Anvers) rappelle les signes objectifs dans les cas d'anesthésie sensorielle ou d'analgésie d'origine centrale : réactions pupillaires, respiratoires, cardiaques, artério-tensionnelles, pléthysmographiques, psychogalvaniques et autres. La conservation, les modifications ou l'absence de ces réactions constituent des critères précieux pour l'interprétation physiopathologique de certains processus cérébraux et en particulier de l'analgésie hystérique. L'orateur fait en effet remarquer que si l'absence de sensation et d'émotion conscientes peut réduire l'intensité des réactions sympathiques à la douleur, les épiphénomènes conscients ou affectifs qui accompagnent les excitations sensitives intenses ne sont nullement indispensables à la production de ces réactions.

M. le professeur H. Claude (de Paris) souligne le fait que la thèse soutenue par le Rapporteur a le mérite de montrer que la formule de l'accident hystérique rentre bien dans le cadre des activités fonctionnelles transformées, telles qu'en engendrent les lésions de certains systèmes physiologiques, et ne relèvent pas purement et simplement des agissements intentionnels d'un psychisme imprégné de tendances imaginatives ou de buts tendancieux. Il propose de considérer les manifestations de l'hystérie psychique et des phénomènes mentaux de nature nettement différenciée qui n'ont pas été l'objet de l'étude des Rapporteurs et qui mériteraient d'être soumis à une analyse de même ordre que les phénomènes de l'hystérie dans ses rapports avec les états neurologiques. Il n'est en effet pas douteux que les analogies des manifestations hystériques avec les états maniaques, schizophréniques et psychasthéniques dénotent certaines similitudes et certaines parentés, comme les relations de l'hystérie neurolcgique avec les phénomènes nerveux organiques.

©BIUM

En terminant, l'orateur rappelle qu'en dehors des centres d'action des mouvements de la zone rolandique ou des centres de coordination régissant la posture, la parole et la pensée, Kleist et Feuchtwanger ont soutenu l'existence de centres d'incitation à ces diverses fonctions : le manque d'entrée en action de ces centres pourrait peut-être engendrer les divers troubles fonctionnels décrits sous le nom d'aspontanéité.

M. Courbon (de Paris) rappelle la théorie de Sollier, d'après laquelle l'hystérie a une base purement organique et n'est qu'une tendance constitutionnelle ou acquise du système nerveux à conserver les attitudes physiques ou mentales dans lesquelles le sujet se trouvait lors d'une émotion, d'un traumatisme, ou d'une maladie. Cette théorie, vieille de près de 40 ans, qui rapproche l'hystérie du sommeil, a été confirmée par les travaux de l'école de Marinesco et par ceux de Pavlow. L'existence de troubles sensitifs organiques dans l'hystérie est encore prouvée par les belles observations recueillies dans le rapport.

M. le professeur Barré (de Strasbourg) pense qu'il y a : 1° l'Hystérique malgré elle et sans le savoir, et 2° l'Hystérique consciente et organisée. Toutes deux sont à base d'hyperactivité sympathique. Mais tandis que la première la subit, la seconde en joue. On peut guérir la première par persuasion et souvent pour toujours ; l'autre se laisse guérir quand elle veut et par qui elle veut, sans être une vraie simulatrice.

M. Rouquier (de Nancy) rappelle le syndrome qu'il a décrit sous le nom d'épilepsie striée.

L'orateur insiste sur le syndrome d'astasie-abasie trépidante. Enfin, il croit que les malades que le Rapporteur qualifie d'hémiplégiques hystériques flasques qu'il n'a pas pu guérir par contre-suggestion et chez lesquels le réflexe cutané plantaire est aboli du côté malade, ne sont pas des pithiatiques, mais des organiques, et doivent entrer dans le cadre général du syndrome pyramidal déficitaire.

M. A. Tournay (de Paris) étudie les analogies qui lui suggèrent un rapprochement entre sommeil et pithiatisme.

M. W. Boven (de Lausanne) déclare que l'hystérie lui paraît être une mentalité constitutionnelle, une forme de caractère débile, engendrant des attitudes, déclanchant des processus techniques, mais finaliste au profit du patient.

M. M. Dide (de Toulouse) cherche à préciser en quoi consiste l'état mental des hystériques. Celui-ci ne peut réellement se définir par aucun symptôme isolé, tel que la mythomanie, la pathomimie, le théâtralisme, la perversité, ni même l'émotivité qui se caractérise par l'aptitude à exprimer fortement des émotions parfois faiblement ressenties. S'il se sépare radicalement de Freud, qui dote les complexes mentaux d'une propriété de va-et-vient entre le conscient et l'inconscient, et s'il ne croit pas au traumatisme sexuel générateur de névrose, il lui semble évident que l'hystérique est demeuré moralement infantile malgré ses progrès rationnels. On peut même dire qu'il rationnalise ce qu'il ne ressent pas.

La vie sexuelle n'apporte pas chez l'hystérique l'éclosion d'un comportement social personnel ; elle n'est qu'une recherche, souvent frustrée, de volupté ; elle s'intellectualise avant de révéler les devoirs moraux, familiaux et sociaux. Elle demeure une curiosité insatisfaite, et c'est pourquoi elle s'oriente souvent vers la perversité.

On peut dire que l'action médicale s'exerce utilement sur les pathomi-

©BIUM

mies ; elle n'offre aucune prise sur le substratum essentiel qui demeure et domine ce que l'orateur a décrit sous le nom de « mutabilité des symptômes ».

M. le professeur POROT (d'Alger) envisage quelques cas d'anorexie mentale. En ce qui concerne l'interprétation des phénomènes hystériques, il partage l'opinion du Rapporteur : libération des activités supérieures au profit d'activités plus primitives.

M. le professeur J. FROMENT (de Lyon), s'attachant à faire le point en fin de discussion, constate que l'accident hystérique n'a pas été discuté, que l'hystérie non pithiatique à substratum physiopathologique que d'aucuns veulent mettre à ses côtés n'est que résidu indemnisé de l'organique connu et qu'il serait mieux désigné par « x ». Il fait observer en terminant qu'il n'y a en somme lieu d'inscrire aucun erratum à l'œuvre de Babinski et pas encore d'addenda, mais il estime que cette discussion était devenue nécessaire et qu'elle a été fort bien préparée par deux remarquables rapports.

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

Délinquance et criminalité de l'enfance.

1er Rapport

par M. G. HEUYER (de Paris).

Il faut entendre, par délinquance et criminalité de l'enfance pour les mineurs de 18 ans, toute infraction à la loi pénale spéciale qui règle, dans les divers pays, la comparution devant le Tribunal des Mineurs.

Dans la partie du rapport qui lui est dévolue, le Rapporteur s'est attaché à étudier :

1° *Le rôle du psychiatre dans la législation des divers pays.*

En France, la loi du 22 juillet 1912 ne prévoit pas, d'une façon précise, l'examen médical systématique.

Depuis le 15 octobre 1927, à Paris, un service médico-psychologique spécial est chargé d'examiner les enfants détenus et libres, avant leur passage devant le Tribunal des Mineurs. De nombreuses villes ont suivi cet exemple.

En Belgique, la plupart des Juges font procéder à l'examen de tous les enfants qui leur sont déférés.

En Italie et dans certains Etats d'Amérique, le rôle du psychiatre dans la collaboration avec les Juges est conçu d'une façon si étroite que certains médecins aliénistes sont Juges au Tribunal des Mineurs.

2° *Les types cliniques d'enfants délinquants et criminels,* tels que les révèle l'examen médico-psychologique.

Il n'existe pas un type constant, unique, d'enfants délinquants ou criminels. La délinquance et la criminalité sont des réactions fréquentes chez certains enfants psychiquement anormaux.

Parmi les enfants anormaux, il faut distinguer :

a) les débiles intellectuels, qui commettent des délits par impulsion ou par suggestibilité ;

©BIUM

b) les déséquilibrés du caractère, qui sont les plus nombreux parmi les enfants délinquants ; les émotifs, les cyclothymiques, les instables, les paranoïaques, les épileptiques et les épileptoïdes, les pervers.

Des pervers, il faut distinguer trois types particuliers : les pervertis, les pervers post-encéphalitiques, les perversions du début de la démence précoce.

3° *Les caractères psychiatriques des divers délits ou crimes.*

Les délits comportent souvent en eux-mêmes un caractère pathologique, qui permet d'établir un diagnostic de l'état mental. Le mensonge et la simulation, les fugues et le vagabondage, les vols, l'incendie, les coups et blessures, l'homicide, les délits sexuels (prostitution, attentat aux mœurs) présentent des modalités diverses selon l'état mental du sujet.

4° *Dans l'étiologie de la délinquance et de la criminalité de l'enfance, il est impossible de séparer l'hérédité du milieu.*

Trois constatations sont essentielles :

a) les délinquants infantiles et juvéniles se recrutent dans la classe la plus misérable de la population ;

b) ils portent, en général, la charge d'une lourde hérédité toxique, infectieuse ou mentale, qui se traduit par des tendances psychopathiques similaires ou dissemblables.

c) les conditions affectives, familiales et sociales dans lesquelles vivent les jeunes délinquants sont en général fâcheuses et peuvent être à l'origine de certaines réactions de l'enfant.

Parmi ces réactions, il faut mettre, au premier plan, la réaction d'opposition.

5° Quelques conclusions pratiques doivent être retenues :

Pour éviter la récidive des enfants délinquants, il est nécessaire que soit demandée la collaboration du psychiatre à toutes les étapes du redressement de l'enfant coupable, avant le passage devant le Tribunal, au moment de la décision des Juges, dans les Patronages auxquels sont confiés les enfants, dans les Maisons d'éducation surveillée. Les services de prophylaxie mentale et les centres de neuro-psychiatrie infantile devraient être utilisés d'une façon systématique par les Tribunaux, pour la surveillance des enfants maintenus en liberté surveillée dans la famille.

Enfin, il importe davantage encore d'éviter le premier délit. Toutes les mesures de prophylaxie de la criminalité infantile et juvénile doivent être incluses dans un vaste programme de protection de l'enfance, qui doit être appliqué dès l'école.

Délinquance et criminalité de l'enfance.

2e *Rapport*

par M. Paul VERVAECK (de Bruxelles).

Au début de son rapport, l'auteur expose pour quelles raisons une étude rigoureusement scientifique de la délinquance infantile est encore impossible : petit nombre des enfants soumis à une investigation sociale et médico-psychologique complète, manque d'uniformité des critères adoptés en matière de débilité mentale et surtout d'anomalies caractériologiques.

©BIUM

Le Rapporteur passe en revue quelques facteurs sociaux de la délinquance infantile : milieu familial, agglomération urbaine, bandes de délinquants, compagnonnage, cinéma.

Un rapide aperçu sur les juridictions de l'enfance délinquante montre la tendance universelle à les confier à des magistrats spécialisés, seuls ou entourés d'assesseurs, médecins ou hommes d'œuvres.

Le Rapporteur examine ensuite les modalités de l'examen anthropologique du mineur délinquant : consultations médico-pédagogiques, maisons de détention préventive (milieu artificiel et mal utilisable à cette fin), maisons d'observations, telles qu'elles existent en Belgique, aux Pays-Bas, en Italie, et dont il décrit minutieusement l'esprit et les méthodes ; il y insiste : une requête sociale faite par du personnel qualifié est le complément nécessaire d'une bonne observation du mineur.

Analysant ensuite les types de traitement rééducatif, le Rapporteur met en relief le rôle que le psychiatre doit y remplir, et pour guider les délégués à la liberté surveillée et pour orienter les éducateurs des internats. Il expose à cette occasion l'effort d'individualisation éducative et de perfectionnement du personnel des établissements belges pour enfants délinquants.

En terminant, il étudie quelle doit être la prophylaxie de la délinquance infantile, au sein de la famille, à l'école, au travail, dans la vie sociale, dans les œuvres de tutelle aux enfants moralement abandonnés. Pour être efficace, cette prévention doit s'inspirer aussi des préceptes de psychologie et d'hygiène mentale et faire souvent appel au concours du psychiatre.

Discussion

M. G. d'Heucqueville (de Bailleul) attire l'attention sur la catégorie des *instables* qui comprend, à son avis, la majeure partie des enfants délinquants anormaux.

M. Groeneveld (d'Amsterdam) souligne l'importance des recherches psychanalytiques en matière de criminalité et de délinquance infantiles.

M. Repond (de Monthey) signale l'action bienfaisante du traitement psychanalytique dans la criminalité précoce, grâce au phénomène de transfert.

M. le professeur Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce) insiste sur le côté pratique du problème : il montre que si les études cliniques sur l'enfance délinquante ont été poussées très loin, il n'en est pas de même des moyens pratiques destinés à guérir les sujets ou à éviter leurs récidives.

M. M. Dide (de Toulouse) concentre son attention sur le problème psychologique basal : il parle de l'anomalie *instinctive*. Il lui semble en effet que seules les anomalies profondément intégrées à la vie biologique et celles qui résultent d'un défaut de sublimation sociale de l'instinct de reproduction offrent une valeur réelle au point de vue médico-légal.

M. Th. Simon (de Paris) explique que la délinquance habituelle lui apparaît moins comme la conséquence d'états morbides que comme la résultante du caractère de qualités variables, jugés au point de vue de la moralité. Il nous engage à porter tout notre effort à débrouiller l'extrême complexité de ces cristallisations caractérielles dont il essaie de faire pressentir la réalité. Ainsi seulement nous pourrons remédier, dans la mesure du possible, aux défectuosités constatées par une éducation adaptée.

M. H. Baruk (de Paris) s'élève avec énergie contre les procédés d'eugénique auquel M. Heuyer a fait allusion.

©BIUM

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. — Communications de psychiatrie

L'hystérie ancienne faisait-elle du simili-diencéphalique et du simili-strié ? par MM. J. Froment, G. Chanial et Mir Sépassy (de Lyon).

Les auteurs font observer que l'on ne doit pas, pour résoudre les problèmes en litige, comparer les syndromes striés aux accidents hystériques qu'actuellement on observe ; car la grande simulatrice qui a toujours tout imité, doit avoir grande propension à imiter ceux-ci. Il faut comparer aux syndromes striés qui commencent à être bien connus, les modalités de l'hystérie ancienne telle qu'on l'observait au temps de Charcot ou avant. Une telle enquête montre qu'alors l'hystérie ne faisait rien de vraiment semblable aux spasmes oculogyres, aux spasmes de torsion, à la dysbasia lordotica, à la maladie wilsonienne, à la pseudo-sclérose. Les torticolis qu'alors on disait hystériques, ne semblent même pas avoir l'allure du torticoli strié. Cette confrontation, non plus que l'étude attentive des syndromes striés, ne conduit nullement à l'idée de ressemblance, mais bien de foncière différence.

Les troubles pithiatiques et les maladies organiques ; considérations à propos d'un cas, par M. A. Subirana (de Barcelone).

Relation d'un cas d'association hystéro-organique : observation d'un homme ayant développé à la suite d'un traumatisme bénin une impotence fonctionnelle d'un membre inférieur et présentant d'autre part une métastase carcinomateuse méconnue de l'os coxal correspondant. La difficulté du diagnostic a résidé, non seulement dans la grande discrétion des manifestations objectives de la lésion osseuse comparativement aux troubles fonctionnels, mais surtout dans le fait que ceux-ci ont cédé de façon complète à un torpillage.

A propos de la question des crises d'allure hystérique dans l'encéphalite épidémique, par M. J. Sebek (de Prague).

Comparant les symptômes hystériques dans le syndrome parkinsonien et le pithiatisme vrai, l'auteur insiste sur les troubles possibles du mécanisme régulateur psycho-végétatif.

Deux cas de pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes, par M. G. de Morsier (de Genève).

Ces cas, certainement très rares, sont intéressants du fait qu'ils illustrent bien le déterminisme strictement lésionnel des crises d'aspect névropathique ou hystérique qui ont été pendant 4 ans les seuls symptômes de l'affection. Il est certain que ces crises complexes, avec douleurs, automatismes moteurs, verbaux, émotifs et végétatifs, sont déterminées par les lésions méningées, encore discrètes, de la fosse postérieure. Ces observations viennent donc confirmer la non-spécificité des crises opisthotoniques, confusionnelles et affectives dues aux lésions de la fosse postérieure.

©BIUM

Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire, par M. Auguste LEY (de Bruxelles).

A titre de document versé au débat sur l'hystérie, l'auteur expose l'observation d'une malade de 43 ans suivie par lui durant 19 ans. Elle a présenté un mode de réaction particulier aux émotions, sous forme de dédoublement de la personnalité, analogue à celui décrit par AZAM chez Félida, par MORTON PRINCE chez Miss Beauchamp. L'anesthésie cutanée était massive dans l'état second. Crises fréquentes nécessitant l'admission à l'hôpital et constituant toujours une réaction de défense contre des émotions désagréables ou des situations embarrassantes. La plus typique fut celle de son entrée à l'hôpital le soir de son mariage, modalité de défense contre une union résignée et sans amour. Ultérieurement, elle participe à des manifestations bizarres de transferts d'objets se produisant dans sa maison devenue « hantée ». Un vol d'étoffe commis en état second dans un grand magasin explique la provenance des guirlandes qui venaient mystérieusement orner son logis.

Réinternée depuis 1933, elle fait des crises hystéro-épileptiques qui durent parfois une demi-journée et peuvent passer encore pour des phénomènes de défense et d'utilité par le fait que le mari est lui-même interné et que la malade est abandonnée sans appui ni ressources.

Mesmer et la suggestion, par M. LÉVY-VALENSI (de Paris).

Quand Mesmer traite ses malades par un prétendu fluide magnétique, l'opinion du monde savant sur les guérisons merveilleuses est déjà faite. On parle depuis Galien de « secousse morale », puis d'imitation et d'imagination, c'est-à-dire de suggestion. Ce sont là d'ailleurs les armes utilisées par les adversaires de Mesmer. Il n'en est pas moins vrai que le Mesmérisme est un chaînon puissant qui rattache aux opinions anciennes sur la suggestion les méthodes thérapeutiques actuelles.

Thérapeutique organique de l'hystérie, par M. J. BOSCHI (de Turin).

Le traitement du pithiatisme doit viser non seulement les accidents aigus, mais aussi les causes générales et le terrain. L'auteur conseille, dans les cas réfractaires à la seule psychothérapie, de pratiquer un drainage céphalo-rachidien par ponction lombaire ou même de provoquer une réaction méningée aseptique à l'aide de phénolsulfonephtaléine.

Encéphalite psychosique, suivie d'un syndrome de démence précoce. Pyrétothérapie. Apparition d'un érythème noueux. Rémission actuelle, par M. H. CHRISTY (du Mans).

L'intérêt de cette observation réside dans le fait que la rémission de la psychose a été précédée de l'érythème noueux que plusieurs auteurs considèrent comme une réaction allergique de la tuberculose.

Les encéphalites psychosiques, par M. ROUQUIER (de Nancy).

©BIUM

La paralysie générale n'est peut-être pas due qu'à la syphilis,
par M. Mazhar OSMAN (d'Istambul).

Après avoir confirmé que tous les cas de paralysie générale observés en Turquie et en Asie Mineure sont d'origine syphilitique, l'auteur étudie la fréquence dans ces pays des syphilis nerveuses, le pourcentage des paralytiques généraux par rapport aux syphilitiques et aux autres aliénés hospitalisés, l'influence de l'alcoolisme et les résultats du traitement malarique.

Le temps de réaction chez les paralytiques généraux,
par MM. G. VERMEYLEN et G. AUDET (de Bruxelles).

L'étude du temps de réaction présente un incontestable intérêt en psychopathologie. Son application aux paralytiques généraux se révèle très féconde par les constatations qu'elle permet au cours de l'évolution de l'affection. Les modifications apportées par la malarisation en font un champ de travail particulièrement propice.

Des hallucinations dans l'hypertension cranienne,
par MM. RISER et DUCOUDRAY (de Toulouse).

Chez cinq malades hallucinés les auteurs ont relevé quatre cas de « tumeur » de nature et de localisation variables : méningiome de la portion antérieure de la faux, gliome du lobe frontal, métastase comprimant le lobe frontal droit, abcès encapsulé pseudo-tumoral de l'hémisphère cérébelleux gauche. L'hypertension cranienne, seul lien commun apparent entre ces cas, était forte dans tous. Le cinquième, le plus intéressant, est constitué par une hydrocéphalie interne importante, progressive, par plaque de méningite engainant le bulbe et le pont, sans tumeur décelable à un examen minutieux. Hallucinations surtout auditives, très importantes, nombreuses, précises, plastiques, très affectives, sans thème délirant.

L'examen histologique n'a montré que de banales lésions d'amincissement de l'écorce, de l'œdème, des raréfactions cellulaires.

Les hallucinations n'ont pas de valeur localisatrice certaine.

Troubles mentaux et tumeur du 3e ventricule,
par MM. J. HEERNU et MANIL (de Bruxelles).

Les auteurs présentent deux cas qui ont en commun la prédominance des troubles mentaux dans le tableau clinique et la présence d'une tumeur du 3e ventricule.

L'idée délirante d'anthropopathie interne,
par M. J. VIÉ (d'Ainay-le-Château).

Sous ce nom l'auteur désigne la conviction délirante du malade qui croit avoir dans le corps des êtres humains. Deux types : l'un développé sur un fond de cœnesthésie pénible, d'idées hypocondriaques et de négation réalise un délire de symbiose ; le second, en relation avec l'automatisme mental et psychomoteur, survient à la suite d'une intériorisation hallucinatoire pro-

©BIUM

gressive et demeure souvent ébauché. Toujours elle implique un déficit intellectuel profond.

Fréquence de la syphilis, qui s'inscrit à la fois comme facteur de sclé-roses viscérales et comme facteur d'atténuation du sens critique.

Dynamie fonctionnelle hébéphrénique,
par Mlle PASCAL et M. J. VIÉ (Maison Blanche, Seine).

Chez les déments précoces cultivés, une période d'expansion intellectuelle, de pénétration affective et d'allégresse spirituelle, au début de la maladie, exalte ou révèle parfois des dons artistiques, musicaux, littéraires, dramatiques, par lesquels la personnalité se cabre devant l'étrangeté, avant de sombrer dans la stérilité démentielle.

Les lésions cérébrales dans la démence précoce,
par MM. D'HOLLANDER et Ch. ROUVROY (de Louvain).

Les auteurs décrivent certaines lésions de l'appareil méningo-vasculaires qu'ils ont observées avec grande constance dans 18 cas de démence précoce étudiés par eux.

Intoxication oxycarbonée, par M. G. VAN LOOY (de Bruxelles).

Observation d'un malade présentant des troubles mentaux graves en rapport avec une intoxication par l'oxyde de carbone et pour lequel le diagnostic de paralysie générale et d'alcoolisme associé avait d'abord été porté.

II. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Comment et où rechercher les symptômes objectifs caractéristiques des divers syndromes striés, par M. J. FROMENT (de Lyon).

La sémiologie objective du strié ne met pas en cause des perturbations de réflexes élémentaires, mais bien des automatismes très différenciés requérant des réflectivités de type conditionnel. Aussi, la loi du strié est-elle l'incessante variation, la constante inconstance. Mais toutes ces variations, dites à tort paradoxales, restent dans la logique des réflectivités perturbées; elles diffèrent d'un syndrome strié à l'autre.

Répercussivité émotive et spasmes hypertoniques des syndromes striés. Leurs modalités, par MM. J. FROMENT, G. GHANIAL et Mlle A. FEYEUX (de Lyon).

Les auteurs montrent, avec film cinématographique et projections à l'appui, que la répercussivité émotive déclanchant les spasmes hypertoniques du strié n'est que réaction variable et réaction à des causes futiles. Elle est toujours à ondes courtes, mais dépasse toute contre-suggestion et ne bénéficie nullement du *geste accompagné et de la main guidée.*

Son comportement en tout diffère des réactions théâtrales mises en cause par l'accident hystérique qui semble vraiment trahir un esprit de système.

©BIUM

Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie, par M. G. BOURGUIGNON (de Paris).

Sur sept malades, la chronaxie vestibulaire s'est montrée une fois abaissée au dixième de sa valeur normale et six fois quadruplée ou quintuplée. Les valeurs chronaximétriques sont surtout modifiées au moment des accidents aigus ; en dehors de ceux-ci, elles peuvent redevenir normales : il y a donc un certain parallélisme entre la chronaxie vestibulaire et l'état fonctionnel cérébral au moment de la mesure.

Agueusie traumatique et auto-suggestion,
par MM. R. NYSSEN et J. HELSMOORTEL (d'Anvers).

Les auteurs estiment que la dépendance fonctionnelle de l'agueusie par rapport à l'anosmie est de nature suggestive. D'ailleurs, si l'agueusie était de nature organique, il faudrait supposer l'existence de lésions simultanées des centres gustatifs fort éloignés les uns des autres et des centres olfactifs. L'action de l'anosmie sur le goût par voie suggestive est d'autant plus admissible que cette suggestion peut trouver un aliment dans la coexistence presque constante d'une anosmie réelle et d'une pseudo-agueusie partielle y associée.

L'astasie-abasie trépidante. *Projection d'un film,*
par M. A. ROUQUIER (de Nancy).

A propos des lésions du cerveau sénile, par M. P. DIVRY (de Liége).

L'auteur envisage successivement les diverses altérations du cerveau sénile, soit physiologiques, soit pathologiques. Il passe ainsi en revue les plaques séniles, la dégénérescence d'Alzheimer et enfin les altérations cylindraxiles à hauteur de certaines plaques séniles.

Il expose les résultats de ses recherches histo-chimiques à ce point de vue : 1° en ce qui concerne les plaques séniles, leur noyau est constitué par un sphéro-cristal d'amyloïde ; il présente en effet les réactions cardinales de cette substance ; de plus, il acquiert la biréfringence par coloration au rouge Congo ; 2° la dégénérescence dite fibrillaire d'Alzheimer n'est autre qu'un tapissage des cellules ganglionnaires par de l'amyloïde ; 3° de même, les déformations cylindraxiles que l'on peut noter à hauteur de certaines plaques séniles relèvent de la même pathogénie.

L'amyloïdose joue donc un rôle important dans le tableau histo-pathologique du sénium physiologique et pathologique ; cette notion nouvelle permet d'établir une certaine communauté pathogénique entre les diverses lésions qui caractérisent la sénescence cérébrale.

Recherches anatomo-expérimentales sur la région du Lemnicus latéral et ses commissures, par M. M. GEREBTZOFF (de Louvain).

Ce système commissural important est lié d'une part au Tubercule quadrijumeau postérieur et par là aux voies acoustiques réflexes ; d'autre part, par le Fasciculus lemnisco-peridorsalis, le Faisceau longitudinal postérieur et le Pédoncule cérébelleux supérieur, au noyau de l'Oculo-moteur commun; enfin au Pont, au Bulbe et à leurs masses motrices par les voies tecto-pro-

©BIUM

tubérantielles et tecto-réticulaires et la voie de Marchi. En présence de ces connexions multiples, il semble probable que les noyaux du Lemniscus latéral jouent un rôle important dans les mécanismes réflexes associés des sphères auditives et visuelles.

Recherches anatomo-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales, par M. A. DE HAENE (de Louvain).

L'auteur a repris, sous la direction du professeur d'Hollander, l'étude des relations entre le thalamus et le cortex. Il démontre que l'aire 4 + 6 de Brodmann reçoit des fibres du Noyau Ventral interne ; l'aire 1 + 3 de tout le Noyau Ventral et du N. parafasciculaire ; l'aire 5 + 7 des N. Magnocellulaire, Latéral et Réticulé dorsal ; 17 + 18 des 3 mêmes noyaux et du Corps genouillé externe ; l'aire 20-20-22 du Corps genouillé interne.

La conclusion qui se dégage donc de ces recherches, c'est la possibilité de *détailler* les voies thalamo-corticales, de déterminer vers quelle aire corticale se dirigent les fibres issues d'un noyau thalamique déterminé.

La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs de l'encéphalite léthargique, par MM. BORREMANS et L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Signalée pour la première fois par Fenyes en 1932, la dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs de l'encéphalite épidémique a été l'objet de travaux systématiques de la part d'Hallervorden, qui a fait connaître sa localisation et sa signification. Dans une série personnelle de 8 cas de parkinsonisme post-encéphalitique, examinés à ce point de vue, les auteurs ont retrouvé 3 fois les modifications fibrillaires dans la substance noire, dans les noyaux végétatifs du diencéphale, dans le thalamus, dans les noyaux végétatifs mésocéphaliques et même dans le putamen.

Le type infantile de la sclérose diffuse, par M. L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant atteint de leucodystrophie progressive familiale (diagnostic vérifié anatomiquement, qui se caractérisait par les symptômes suivants : pendant les deux premières années de l'affection, l'aspect clinique a évolué d'une atonie avec mouvements involontaires des globes oculaires vers une rigidité de décérébration vraie ; mouvements de tout le corps avec tendance à l'enroulement en spirale autour de l'axe longitudinal, réflexes toniques autour de l'axe bitrochantérien, hypertonie permanente des muscles du tronc, mouvements lents en hyperextension des membres, hyperextension marquée du cou avec hypertonie intense des muscles cervicaux et thoraciques, mouvements lents des globes oculaires, hypercinésies rythmiques des paupières ; rares accès convulsifs ; cécité avec atrophie papillaire ; absence totale de développement intellectuel.

Le type tardif de la leucodystrophie familiale, par MM. L. VAN BOGAERT et R. NYSSEN (d'Anvers).

C'est la seconde observation connue du type tardif de la leucodystrophie familiale. L'affection débuta vers la quarantaine par des troubles du caractère (jalousie, irritabilité, susceptibilité, colère) et des vols pathologiques.

©BIUM

A la même époque, s'installèrent insidieusement des troubles de la marche, puis une paraplégie spasmodique, lentement progressive. En l'espace de quelques années se développèrent une quadriplégie spasmodique, une rigidité intense, avec dysarthrie, puis anarthrie absolue, et une amimie progressive. Vers la fin de la vie, la paraplégie en extension se modifia en une paraplégie en flexion des membres inférieurs.

L'étude histopathologique montre une démyélinisation progressive du centre ovale, atteignant sa plus grande intensité au niveau des régions frontale et paracentrale, s'atténuant au niveau de la région pariéto-occipitale et manquant dans la région temporo-angulaire. Cette démyélinisation, qui conditionne la dégénérescence des deux voies pyramidales, gagne de proche en proche les divers systèmes de la couronne rayonnante, en partant des ventricules, et vient mourir au seuil des faisceaux arqués qui ourlent la substance grise corticale.

Une association anatomo-clinique exceptionnelle : encéphalite épidémique et sclérose en plaques, par MM. R De Wulf et L. Van Bogaert (d'Anvers).

La coexistence d'une encéphalite léthargique typique et d'une sclérose en plaques non douteuse soulève le problème très important des relations entre les lésions démyélinisantes de type sclérotique et les lésions très caractéristiques de la substance grise dans la maladie d'Economo. Les auteurs en arrivent à la conclusion qu'il s'agit d'une association exceptionnelle et fortuite et que rien ne nous autorise encore à admettre que l'agent de l'encéphalite puisse, comme le spirochète, réaliser des foyers isolés de dégénérescence myélinique comparables à ceux de la sclérose en plaques.

Maladies de Parkinson, Parkinsonisme et les notions de « tremblement de repos » et « tremblement d'action », par MM. R. Nyssen, R. Dellaert et R. Busschaert (d'Anvers).

Les auteurs ont étudié chez 51 parkinsoniens (encéphalitiques, séniles ou artérioscléreux) l'influence des mouvements actifs et passifs sur le tremblement. Ils montrent que c'est la rigidité extrapyramidale, avec ses réflexes hypertoniques locaux, qui conditionne le tremblement parkinsonien.

Chorée fibrilllaire de Morvan et acrodynie infantile,
par MM. H. Roger, J. Alliez et A. Jouve (de Marseille).

Un enfant de 14 ans présente d'une part de la rougeur et des paresthésies des extrémités, de l'insomnie, de la tachycardie qui font penser à l'acrodynie infantile, d'autre part des contractions fibrillaires généralisées et des sueurs abondantes qui, jointes au prurit, à l'hypertension artérielle anormale chez un jeune sujet, à l'hyperglycémie avec glycosurie, s'apparentent davantage à la chorée fibrillaire de Morvan. Les auteurs soulignent les relations étroites qui unissent ces affections qui toutes deux paraissent causées par le même virus neurotrope se localisant dans des centres sympathiques voisins du diencéphale et des régions connexes.

©BIUM

La symptomatologie des calcifications des cartilages intervertébraux (spondylo-chondritis ossificans), par M. L. Puusepp (de Tartu).

L'auteur rapporte 6 cas de calcifications des cartilages intervertébraux confirmées radiographiquement, s'accompagnant de troubles viscéraux divers (sténocardie, iléus, crises vésicales ou gastriques). Il attire l'attention sur ces cas qui sont souvent considérés comme des maladies internes, alors que la cause réelle est la compression des racines par les cartilages intervertébraux calcifiés et tuméfiés.

L'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal dans les états pathologiques, par MM. J. Dublineau et L. Tarbouriech (d'Armentières).

Cette extension, observée 47 fois sur 290 ponctions lombaires, se retrouve dans divers états psychopathiques, isolée ou associée à l'hyperalbuminorachie.

L'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau humain, par M. Ihsan Chükrü-Aksel (d'Istambul).

Description des lésions provoquées dans le cerveau de certaines personnes prédisposées, par des irradiations intenses et prolongées : foyers de nécrose dans la substance blanche, altérations vasculaires, etc.

III. Communications de médecine légale, d'assistance et de thérapeutique

L'examen des « Enfants du Juge » à la Clinique médico-pédagogique du Brabant, par M. M. Alexander (de Bruxelles).

Tous les enfants ayant à comparaître devant le Juge ont été, depuis 1920, examinés à la Clinique médico-pédagogique provinciale, dirigée au début par le regretté Dr Boulenger. L'examen par tests permet de donner des précisions sur le niveau mental du sujet, mais le caractère ne peut être étudié que lorsque le mineur est, pour une raison quelconque, placé dans un établissement spécial ou soumis au contrôle du Dispensaire d'hygiène mentale. L'étude des traits normaux de caractère du sujet sans tare apparente présente, pour l'étude de la délinquance infantile, un grand intérêt. On ne pourra obtenir de renseignements complets de cet ordre que lorsque les cliniques psychologiques fonctionneront dans les écoles.

L'autorité dans la vie de l'enfant, par M. Groeneveld (d'Amsterdam).

Il est de première importance, au point de vue psychothérapique, de connaître la nostalgie dangereuse de l'enfant pour l'homogénéité et pour l'autorité draconienne. Par ailleurs, il est évident que la vraie autorité laborieuse doit élever l'enfant de façon hétérogène. En somme, l'autorité doit être le symbole de l'attitude laborieuse et de l'hétérogénéité de la vie.

La psychologie du travail. Considérations psycho-pathologiques et psychothérapeutiques en rapport avec la mentalité de l'enfant, par M. A. Groenelveld (d'Amsterdam).

©BIUM

L'assistance psychiatrique aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne. Son organisation, son fonctionnement. Ses résultats (1932-1935), par M. DUCOUDRAY (d'Albi).

Exposé du mode de fonctionnement du service d'assistance aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants créé par le département de la Haute-Garonne en 1932. Utilité et activité de ce service. Analyse de ses premiers résultats.

Etat actuel de la colonisation familiale en France,
par MM. PASTUREL et J. VIÉ (d'Ainay-le-Château).

550 hommes et 1.300 femmes aliénés du département de la Seine sont placés dans les familles de Dun et d'Ainay-le-Château. Le mode d'assistance offre aux chroniques une vraie psychothérapie sociale qui, dans un milieu familial neutre, sous un régime de liberté très grande, permet une récupération individualisée de la valeur humaine. Elle réalise en même temps une expérience de sociologie pathologique pleine d'enseignements.

L'expertise mentale comparée à trois degrés,
par MM. d'HEUCQUEVILLE et KAH (de Bailleul).

Les auteurs s'attaquent à l'expertise psychiatrique dite contradictoire. Ils déplorent qu'au cours d'un procès, après les experts officiels, s'avancent à la barre d'autres praticiens cités par la défense, qui attaquent les conclusions des premiers avec une autorité, un talent, une courtoisie et une fortune divers, mais avec ce résultat — hélas ! constant — d'amoindrir le crédit de la science psychiatrique. Après avoir défini les points de vue des avocats et des médecins légistes, ils suggèrent un système simple qui tient compte des desiderata actuels de souplesse et d'économie : l'expertise comparée ou expertise à trois degrés.

Le Dinitrophénol dans les états dépressifs,
par MM. J. HEERNU et VERMERSCH (de Bruxelles).

Le traitement a pour but de modifier le métabolisme cellulaire des malades déprimés, et par là, agir directement sur l'état mélancolique. Les résultats sont très nets dans les cas de dépression simple, mais les échecs sont fréquents dans les cas d'anxiété, dont la physiopathologie est d'ailleurs tout à fait différente de celle de la mélancolie.

L'insulinothérapie dans la démence précoce,
par M. C. ANDERSEN (d'Anvers).

L'insuline a été utilisée dans les cures de démorphinisation en tant qu'antidote de l'hyper-excitation sympathique, caractéristique de l'état de besoin.

Les réactions psychiques d'hypoglycémie, constatées pendant ces cures, ont justifié son emploi dans les psychoses. Le choc hypoglycémique suivi de coma rigoureusement surveillé permet souvent de réveiller les schizophrènes. Le mécanisme de cette action consisterait en une sidération des centres nerveux par arrêt momentané de leur métabolisme.

©BIUM

La vagotonine dans les états anxieux,
par M. P. GARDIEN et Mme P. GARDIEN-JOURD'HEUIL (de St-Ylie).

La vagotonine semble particulièrement indiquée chez les anxieux hyperémotifs, qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif, et chez ceux qui, en outre, sont atteints de troubles fonctionnels relevant du rôle de régulateur physiologique de cet hormone, tels que les hypertensions oscillantes et variables, mal supportées, certaines tachycardies avec palpitations, douleurs angineuses précordiales, certains cas de mauvais état général avec amaigrissement, hyperglycémie, anémie.

Effets remarquables de la prostigmine « Roche » dans le traitement de la myasthénie, par M. G. DE MORSIER (de Genève).

Cette communication a pour but d'attirer l'attention des neurologistes sur les effets remarquables, presque miraculeux, de la prostigmine dans le traitement de la myasthénie, effets dont l'auteur apporte deux nouvelles preuves.

Le *Bureau de la 40e session* sera composé, en l'année 1936, de MM. les Drs O. CROUZON (de Paris) et REPOND (de Monthey), *présidents ;* M. le Dr M. OLIVIER (de Blois), *vice-président ;* M. le Prof. P. COMBEMALE (de Lille), *secrétaire général;* M. le Dr VIGNAUD (de Paris), *trésorier ;* M. le Dr O. FOREL (de Prangins), *secrétaire annuel.* La 40e session se tiendra successivement à *Bâle, Berne, Zurich* et *Neuchâtel,* à la demande des neuro-psychiatres de Suisse alémanique, du 20 au 25 juillet 1936.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 40e session :

1° *Rapport de Psychiatrie : L'hérédité des Affections circulaires et schizophréniques,* par MM. W. BOVEN (de Lausanne) et A. BROUSSEAU (de Paris).

2° *Rapport de Neurologie : Etude séméiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques,* par M. CHRISTOPHE (de Paris).

3° *Rapport de Thérapeutique psychiatrique : Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles,* par M. le Professeur Hans W. MAÏER (de Zurich).

Jean TITECA.

©BIUM

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHOLOGIE

Psychologie et pédagogie des aveugles, par VILLEY (in *Revue Philosophique*, Janvier 1935).

L'auteur démontre que c'est l'attention, c'est-à-dire l'activité de l'intelligence et non pas une intensité spécifique des sensations autres que celles de la vue, qui explique l'acuité de perception des aveugles. Les sensations d'obstacles, par exemple, sont aussi bien existantes chez le voyant que chez l'aveugle ; mais chez celui-ci, la vue de l'obstacle devance et émousse, en les rendant inutiles, les sensations d'obstacles. L'observation des aveugles de guerre prouve que le tact, réduit à lui-même, ignore tout ce qui a rapport à l'étendue et à l'espace. Mais l'intelligence permet à l'aveugle de contracter en images synthétiques simultanées, les sensations successives que lui a données le toucher. Bien que l'étendue visuelle et l'étendue tactile soient absolument différentes l'une de l'autre, l'aveugle arrive à se faire une représentation exacte de l'espace.

L'intelligence de l'aveugle est donc capable d'acquérir un développement complet, malgré la carence des sensations visuelles. Cette constatation contredit l'affirmation de l'atomisme associationniste, « de l'intelligence polypier d'images ». La condition même du développement intellectuel, c'est la vigueur même de l'esprit qui happe les sensations et les transforme en des synthèses originales.

Paul COURBON.

L'intuition du temps (Intuitia timpului), par C. RADULESCU-MOTRU. *Analele de Psihologie*. N° 1, pp. 1-13, 1934.

Les spéculations des philosophes se sont attachées au problème de l'intuition du temps et nous trouvons dans Kant et dans Bergson tous les éléments applicables à la psychopathologie courante. Le fond sensoriel du temps est constitué par des sensations organiques internes perçues en tant que durée avec cette double notion additive : l'ordre de succession sensitif et l'ordre de succession des mouvements externes objectifs. Le

©BIUM

premier est élémentaire ; le second indique un degré plus élevé et sert de base à la connaissance scientifique. La technique expérimentale doit tenir compte de ces notions. Elle procède différemment s'il s'agit d'une perception de durée ou des rapports de mesure pour l'intuition du temps objectif.

P. CARRETTE.

Le caractère. Sa dynamique d'intégration (Dinamica integratoare a caracterului), par Dimitrie TODORANU. *Analele de Psihologie*. N° 1, pp. 27-45, 1934.

La maturation de l'individu est un travail d'organisation et d'intégration des facultés psychiques vers un équilibre délicat, édifié non seulement sur le plan intérieur, mais encore et surtout sur des valeurs objectives qui viennent de la culture. La combinaison du moi et de l'ambiance est l'œuvre des facteurs composants du caractère. M. Todoranu indique ces facteurs : intégration des sentiments autour de l'idée du moi, tension volontaire vers la morale et l'éthique, adaptation de la conduite à une conception de la vie, résultante d'un classement des valeurs. L'équilibre est un idéal et dans la pratique il n'est jamais parfait. On sait comment la vie affective se charge de modifier les résultats de l'intégration.

P. CARRETTE.

Psyché-esprit et âme (Ueber Psyche Geist und Seele), par A.-J. WESTERMANN HOLSTIJN (Amsterdam). *Z.*, Tome CXLV, p. 117 à 126.

Etude peut-être plus historique qu'analytique et dialectique des concepts de « psyche » (réactions, troubles, activité « psychiques »), d'esprit et d'âme qui emprunte son intérêt au bref exposé des conceptions modernes (Bleuler, Brentano) sur ces thèmes éternels. Les concepts d'âme et d'esprit paraissent à l'auteur, hétérogènes à la démarche scientifique du psychiatre, dont l'objet de l'étude se confond avec la « notion empirico-biologique-inductive » de Psyché.

Henri EY.

Contribution expérimentale à l'étude du sens esthétique (Contributi sperimentali allo studio del senso estetico), par R. CALABRESI. *Rivista di Psicologia*, juillet-septembre 1934, p. 141 à 191.

Longue étude statistique et analytique du sens esthétique chez des enfants de 11 à 20 ans. — Ce travail très approfondi a été fait dans une école professionnelle et dans un « institut magistral ». A l'école ont été examinés 429 enfants par tests collectifs et 284 par examen individuel. A l'institut ont été pratiqués 70 examens individuels. L'auteur a ainsi étudié l'importance de la symétrie comme facteur de préférence esthétique dans les représentations décoratives et figuratives — la distribution des préférences pour la représentation réaliste ou stylisée. Il a mis en évidence les divers facteurs affectifs, imaginatifs, culturaux qui interviennent dans le jugement esthétique. Le développement de la sensibilité esthétique a été étudié en fonction de l'âge et Calabresi insiste sur la crise pubérale qui représente aussi une crise esthétique, car c'est sous forme de paroxysmes et non graduellement que se constitue l'âme esthétique.

Henri EY.

©BIUM

Études de psychobiologie (A Study in Psychobiology), par Curtis T. PRCUT et Lloyd H. ZIEGLER. 89e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1227-1236, mai 1934.

Le problème qui fut soumis par les auteurs à des étudiants en médecine de 1re année consistait dans la rédaction d'une autobiographie. Grâce aux renseignements demandés, aux souvenirs évoqués, tous les épisodes du développement jusqu'à l'adolescence étaient obtenus et, en outre des faits sur la naissance, l'hérédité, les tendances, les échecs, les buts, les efforts. Ces autobiographies sont parfois curieusement semblables à celles de certains psychopathes par la manière d'envisager les problèmes de l'enfance. Plus tard, les modes réactionnels ont divergé. D'autres applications de ces moyens d'investigation psychologique sont suggérées.

P. CARRETTE.

Le concept de mesure dans les sciences physiques et psychologiques (El concepto de medida en las ciencias físicas y psicológicas), par Juan ZARAGÜETA. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, n° 1, pp. 15-44, 1931.

La psychométrie emprunte volontiers son vocabulaire aux sciences physiques. Les éléments de mesure de ces dernières ont une correspondance en psychologie : à la notion de quantité, celle d'intensité, aux parties, des degrés. Certes, la psychométrie a ses épreuves dont les résultats peuvent être exprimés mathématiquement, mais les chiffres obtenus ont une valeur très relative et sont diversement interprétés. Ainsi, par exemple, pour la mesure des états de conscience. Malgré cette nécessité de réduire considérablement nos prétentions à l'exactitude, M. Zaragüeta estime que l'expérimentation en psychopathologie fournit des éléments utilisables et une discipline plus fructueuse que les estimations empiriques globales, nécessairement vagues et dépourvues des éléments précis de comparaison et de discussion indispensables au progrès des recherches. P. CARRETTE.

La technique des examens et la nécessité d'une « docimologie », par H. PIÉRON. *La Prophylaxie Mentale*, Décembre 1934.

Avec quelques exemples, le professeur Henri Piéron — père de la « docimologie » — indique la nécessité de remplacer la pratique actuelle des examens par des méthodes plus objectives, capables de fournir avec des examinateurs différents des résultats moins souvent paradoxaux que pour le moment.

A. COURTOIS.

ANATOMIE

Histopathologie du système nerveux central dans l'encéphalite épidémique. (Histopathology of the Central Nervous System in Epidemic Encephalitis), par Arthur WEIL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 6, pp, 1139-1152, juin 1934.

Les lésions du système nerveux central dans l'encéphalite épidémique réalisent un ensemble qui répond aux encéphalomyélites aiguës disséminées

©BIUM

avec leptoméningite légère. La réaction inflammatoire consiste en infiltration périvasculaire de petites cellules rondes et de cellules plasmatiques et en foyers isolés de prolifération gliale. L'affinité du processus pour les noyaux gris du cerveau moyen qui s'exprime par la persistance secondaire de l'inflammation, puis par la sclérose élective de ces formations, est généralement prévisible dès le début par une prédominance de l'infiltration dans les régions intéressées. Les colorations histologiques ont montré à M. Weil que des cocci groupés par deux ou en chaînes, prenant le Gram, se fixaient dans les tissus et parfois dans les zones de prolifération ou de thrombose. Il s'agit sans doute de phénomènes agoniques ou d'infections post-mortem.

P. CARRETTE.

Traumas du cerveau. Histopathologie des accidents précoces (Brain Trauma : Histopathology During the Early Stages), par N. W. WINKELMAN et John L. ECKEL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 956-986, mai 1934.

Le diagnostic des traumatismes cérébraux réserve parfois des surprises. La mort peut survenir immédiatement et révéler une méningite aiguë. Dans la majorité des cas, cependant, le traumatisme est la cause réelle des accidents. L'hémorragie sous-arachnoïdienne est la grosse lésion commune. L'œdème cérébral s'ajoute aux ruptures vasculaires ; des adhérences pio-corticales s'établissent. L'artério-sclérose aggrave ces accidents. Les altérations vasculaires et parenchymateuses anciennes compliquent évidemment les troubles traumatiques et favorisent l'éclosion des psycho-névroses.

P. CARRETTE.

Modifications histologiques du cerveau dans les cas mortels de traumatisme de la tête. État des fibres nerveuses (Histologic Changes in the Brain in Cases of Fatal Injury to the Head : Changes in the Nerve Fibers), par Carl-W. RAND et Cyril B. COURVILLE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 527-555, mars 1934.

Les traumatismes cérébraux mortels ont permis aux auteurs l'étude histologique des lésions cylindraxiles. L'interruption fibrillaire est accompagnée d'une évolution des deux extrémités, proximale et distale, qui sont le siège d'une formation en bulbe. Cette transformation s'amorce très rapidement en quelques heures. Elle est terminée en 2 à 4 jours et suivie de la dégénérescence fibrillaire et myélinique.

P. CARRETTE.

Histologie et clinique du spongioblastome, par Mme A.-S OGOURTZOWA (*Sovietskaia Nevropatologuia Psichiatria i Psichoguiguiena*, T. III, Fasc. 6, 1934).

Pour faire suite à deux cas publiés antérieurement (*Sov. Nevropatol. Psichiat. Psichoguig.*, 1933, n° 10), l'auteur rapporte sept nouvelles observations de spongioblastome avec description clinique et anatomo-patholo-

©BIUM

gique. Le travail est illustré de nombreuses figures. L'auteur souligne l'intensité de la vascularisation de la tumeur et les particularités de la structure des parois vasculaires, l'abondance de petits foyers hémorragiques et nécrotiques. La structure de la tumeur est très complexe, ce qui laisse supposer une certaine schématisation dans les descriptions de Cushing. L'extrême abondance d'astérocytes à la périphérie de la tumeur fait supposer l'intensité évolutive particulièrement active à ce niveau. L'évolution clinique semble dépendre, non seulement de la nature maligne de la tumeur, mais également de ses caractères vasculaires. Toutes les méthodes thérapeutiques marquent invariablement l'échec complet.

FRIBOURG-BLANC.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Expérience pratique de la stérilisation en Suisse par Hans MAÏER. *La Prophylaxie Mentale*, Décembre 1934.

Important exposé des méthodes suivies en Suisse pour le choix des individus à stériliser. Sauf dans le canton de Vaud, où existe une législation formelle, l'interruption de la grossesse et la stérilisation de l'homme ou de la femme peuvent être réalisées après avis écrit d'un psychiatre et d'un gynécologue et avec le consentement de l'intéressé (que celui-ci soit ou non interné dans un Asile). L'auteur est peu favorable à l'institution d'une loi et d'un tribunal à qui seraient présentés les individus à stériliser. Il pense que la décision doit être prise par les médecins seuls, et seulement pour des motifs médicaux.

A. COURTOIS.

Biotypologie et classification scolaire par H. LAUGIER, E. TOULOUSE et WEINBERG. *La Prophylaxie Mentale*, Décembre 1934.

Mieux connaître les possibilités psychiques et physiques des enfants pour réaliser un meilleur classement à l'école et plus tard dans la vie sociale, tel est le but de la biotypologie. Bien que l'application de ses méthodes à la sélection scolaire ne soit qu'à son début, elle est appelée à apporter des éléments objectifs utiles.

A. COURTOIS.

ASSISTANCE

Indications psychiatriques du placement familial des hommes, par Jacques VIÉ. *L'Aliéniste français*, 15e année, no 7, pp. 452-466, juillet 1934.

Le placement familial des aliénés est surtout utile à ceux qui sont atteints d'insuffisance mentale de moyenne intensité et à ceux qui ont besoin d'une réadaptation à la vie extérieure pour hâter leur convalescence. M. Vié nous montre que le malade d'Asile travailleur n'est pas nécessairement le malade de Colonie rêvé. Le mélancolique et l'alcoolique exigent souvent une surveillance trop assidue pour être transférés. Parfaitement calmes à l'Asile, ils s'aggravent ou récidivent dès qu'ils retrouvent un peu de liberté. Les pervers tombent sous le coup de la même contre-indication. L'auteur cite

©BIUM

également les hallucinés actifs, les hypocondriaques, les impulsifs et la plupart des déments organiques comme plus particulièrement inaptes à la vie en Colonie familiale.

P. CARRETTE.

Ce que peut le médecin pour l'enfance anormale, par Jean VANIER. *Le Monde Médical*, n° 849, pp. 809-814, 15 juillet 1934.

Le prosélytisme en faveur de la stérilisation eugénique n'est pas pour M. Vanier le dernier mot de la médecine sociale qui doit poser en principe le respect absolu de la vie et de la liberté humaines. Faut-il rappeler qu'il existe un Comité Français pour l'Education et l'Assistance de l'Enfance Déficiente ? Le médecin est exposé à se trouver tous les jours en présence de jeunes sujets anormaux entrant dans une catégorie de malades dont l'éducation, l'orientation, l'adaptation sont tentés par le Comité et les spécialistes issus de son *Institut d'Etudes*. L'auteur nous fait connaître les moyens dont nous disposons, tant pour l'amélioration des troubles physiques que pour la correction du caractère et le développement intellectuel, et qui font de tout médecin un collaborateur éventuel du spécialiste.

P. CARRETTE.

Sur l'abandon des logements d'aliénés, par E. RAIGA. *L'Aliéniste Français*, n° 7, pp. 475-477, juillet 1934.

M. Raiga, administrateur provisoire des biens des aliénés en traitement dans les Asiles de la Seine, nous expose les difficultés rencontrées dans de nombreux cas par les malades sortis ou aptes à faire l'objet d'un certificat de sortie, pour se procurer un logement. La Préfecture incite à donner congé s'il s'agit d'un aliéné, auteur de scandale dans la rue ou dans un immeuble. Par ailleurs, certains propriétaires refusent la location aux anciens internés. M. Raiga déplore justement ces situations et montre l'utilité d'une organisation de patronage au sein de tout service social de Prophylaxie mentale, préoccupée uniquement de cette question de logement, facteur important de la réadaptation au milieu.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Le traitement de l'épilepsie, par P.-R. PAGNIEZ. *La Presse Médicale*, n° 53, pp. 1081-1082, 4 juillet 1934.

L'auteur rappelle les prescriptions utiles pendant la crise et l'état de mal, celles des épilepsies symptomatiques, et précise le mode d'application des traitements classiques en insistant sur l'usage continu des barbituriques, leur choix, leurs combinaisons possibles et la recherche patiente, attentive de la dose minimum indispensable. M. Pagniez montre encore les services rendus dans certains cas par les bromures et le tartrate borico-potassique, par la protéinothérapie. Le souci d'une diététique adéquate peut enfin conduire le thérapeute à tirer parti du régime cétogène ou de la déshydratation.

P. CARRETTE.

©BIUM

Recherches pharmacologiques sur les bases du traitement de l'épilepsie par les dérivés borés. (Pharmakologische Untersuchungen über die Grundlagen der Borthérapie bei Epilepsie), par C. MAÏER, de Zurich. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 91, fasc. 1er, 1935.

Les dérivés borés se sont montrés efficaces dans le traitement de crises épileptiformes expérimentales, provoquées par des poisons convulsivants : picrotoxine et chlorure de β — tétrahydronaphtyl amine. — Leur action n'est pas accompagnée d'effets narcotiques. Elle est sans relation avec une modification du miroir chloré du sang, elle est donc différente de celle des bromures. Il y a lieu d'admettre une action sur les colloïdes tissulaires avec modification du métabolisme dans le sens d'une acidose légère.

La borothérapie de l'épilepsie est donc justifiée. Parmi les dérivés entrant en ligne de compte, le borax et l'acide borique sont peu recommandables, le 1er à cause de son alcalescence. le 2e parce qu'il est mal supporté ; ce sont les borotartrates qui donnent les meilleurs effets avec des doses de 8-14 grammes par jour.

E. BAUER.

Les barbiturates dans l'épilepsie (The Barbiturates in Epilepsy), par Richard HANDLEY. *The Journal of Mental Science*, n° 330 pp. 526-535, juillet 1934.

L'usage des barbituriques indique des différences assez sensibles de leur activité en rapport avec les radicaux, associés. Trois groupes principaux sont employés dans la pratique : le méthyl-phénobarbital ou rutonal, le plus faible ; l'éthylphénobarbital appelé gardénal et luminal, le plus généralement employé sous sa forme simple ou à l'état de sel sodique soluble ; le méthyl-éthyl-phénobarbital ou prominal qui paraît convenir plus spécialement aux sujets désireux de ne pas modifier, par la cure, leur activité habituelle. Les barbituriques, maniés prudemment, constituent la meilleure base de traitement de l'état épileptique type, complétés par une série de mesures d'hygiène physique et de diététique, dont l'application est affaire d'empirisme.

P. CARRETTE.

Pathogénie, traitement et prophylaxie du bégaiement chez les écoliers par Mme A.-M. SMIRNOVA, (*Sovietskaia Neurologia Psychiatria Psychoguiguiena*, 1934, T. III, fasc. 7).

Le bégaiement n'est pas une maladie mais l'extériorisation d'une névrose ayant pour base le complexe de personnalité en corrélation avec des troubles de motricité, d'énurésis et de strabisme. Le mécanisme du bégaiement semble résulter de l'impossibilité de coordonner les impulsions extérieures trop vastes au contrôle émotionnel. Le traitement exige le concours du milieu familial, car en dehors de la rééducation, de l'hydrothérapie et des médications spéciales, il demande une surveillance étroite de la motricité générale.

Dans les mesures prophylactiques, une attention particulière doit être consacrée à la culture de la parole et à l'éducation appropriée de l'enfant. Les centres logo-pédagogiques et les jardins d'enfants pour l'âge préscolaire doivent être dotés d'installations spéciales destinées au traitement rationnel des troubles de la parole.

FRIBOURG-BLANC.

©BIUM

Notes brèves sur la thérapeutique infinitésimale en psychiatrie (Vistas previas sobre terapeutica infinitesimal en Psiquiatria), par F. GORRITI. *La Semana Medica*, n° 2119, pp. 538-540, 23 août 1934.

L'homéopathie s'appuie sur l'adage hippocratique *similia similibus curantur* et la doctrine de Hahnemann qui le complète est indiscutable : la quinine produit la fièvre chez les sujets sains et la supprime dans certains états pathologiques. Un autre principe fondamental de la médecine homéopathique est l'emploi des doses infinitésimales. Les insuccès de la thérapeutique courante sont assez notoires dans nombre de psychoses pour justifier le désir des thérapeutes de baser de nouveaux essais sur des conceptions répudiées par la médecine académique. Les ions mènent à la métallothérapie et M. Gorriti préconise l'or métallique dans la démence précoce. Le trio classique, belladone, hyoscine et stramonium, est appliqué aux délires. Les théories hormoniques évoquent des similitudes et l'épilepsie essentielle est combattue par le venin de serpent et le contenu des glandules dorsales de la grenouille. Une véritable thérapeutique qualitative peut sortir de ces tentatives et M. Gorriti trouve une nouvelle raison de persévérer dans les suggestions apportées récemment par M. R. Allendy dans sa publication sur « la loi de similitude » qui renforce les conceptions formulées ici sur la thérapeutique infinitésimale en psychiatrie.

P. CARRETTE.

Dans quels cas faut-il faire une injection préventive de sérum antitétanique ? par P. MAUCLAIRE. *Le Monde Médical*, n° 844, pp. 577-582, 1-15 avril 1934.

Il faut injecter le sérum antitétanique chez tous les blessés présentant des plaies d'une régularité et d'une propreté douteuses. M. Mauclaire fait observer que l'hésitation porte souvent sur les conditions tenant au sujet lui-même. On a cité des accidents d'anaphylaxie mortels. Il y a danger, quand une injection de sérum a été faite récemment, quand le blessé se nourrit de viande de cheval, quand il est sensible aux troubles neuro-végétatifs. Les précautions comportent l'administration de salicylate de soude et de benzoate, d'éphédrine, l'emploi de doses de sérum faibles et progressives, l'anesthésie au chloroforme.

P. CARRETTE.

Comment prescrire l'iode dans les goitres, par Paul SAINTON. *Le Progrès Médical*, n° 20, pp. 859-863, 19 mai 1934.

M. Sainton estime que dans le goitre simple l'iode est le traitement des sujets jeunes et un excellent agent préventif. Dans le goitre avec hyperthyroïdie, il devient un adjuvant sous forme de solution de Lugol ou de diiodotyrosine. Les mêmes indications se retrouvent dans les formes compliquées et secondaires.

P. CARRETTE.

La diiodotyrosine. Son emploi dans le traitement de la maladie de Basedow, par Guy LAROCHE et Boris KLOTZ. *La Presse Méidcale*, n° 47, pp. 955-957, 13 juin 1934.

L'iode thyroïdien a été isolé sous sa forme organique par Oswald, c'est l'iodo-thyroglobuline. Cette substance subit des modifications d'utilisation.

©BIUM

Elle donne la diiodotyrosine et une substance dérivée, la thyroxine. La première paraît neutraliser l'hyperactivité de la glande et se comporte comme l'antagoniste de la seconde. A la dose de 20 ou 30 cgrs, elle réalise une des meilleures formes de traitement iodé et peut suffire à guérir les formes légères du syndrome de Basedow.

P. CARRETTE.

Sur le traitement radiothérapique des algies, par J. HAGUENAU, L. GALLY et D. LICHTENBERG. *La Presse Médicale*, nº 27, pp. 531-534, 4 avril 1934.

La radiothérapie des algies est indiquée plus spécialement dans les formes suivantes où elle donne d'excellents résultats : sciatique et névralgie cervico-brachiale anciennes et torpides, sympathalgie faciale, douleurs avec états dystrophiques post-traumatiques, post-opératoires ou dyscrasiques (talalgie, coccygodynie), enfin précocement dans le zona.

P. CARRETTE.

La douleur angineuse et son traitement chirurgical. Valeur des différentes méthodes et plus particulièrement de la thyroïdectomie totale, par Elliott-C. CUTLER et Samuel-A. LEVINE. *La Presse Médicale*, nº 46, pp. 937-940, 9 juin 1934.

L'angine de poitrine est une réaction dramatique et il est naturel que l'on ait cherché à la combattre par des interventions décisives, même au prix de certains risques, même si la logique est parfois sacrifiée à l'empirisme. Deux groupes de mesures chirurgicales sont envisagées. Dans le premier, nous trouvons des sections nerveuses sympathiques variées dans la technique et les résultats. Leur étude semble démontrer qu'il existe des fibres sensitives dans tous les rameaux intéressés, lesquels sont en connexion centrale par l'intermédiaire du trijumeau. Les interventions procurent une sédation progressive en rapport avec l'importance de la réduction quantitative opérée. L'idéal serait de supprimer toutes les fibres, mais cette mesure radicale n'irait pas sans complications motrices ou sécrétoires.

La seconde technique est la thyroïdectomie. La sédation est immédiate. Certes, on ne saurait trop mettre en garde contre les opérations intempestives sur la thyroïde ; toutefois, il faut bien reconnaître que dans les cas où le traitement se justifie et quand il est pratiqué suivant une technique impeccable, le résultat est incomparablement plus décisif et net que par la section du sympathique.

P. CARRETTE.

Ponction de la citerne dans le typhus exanthématique, par N.-S. CHROUSTALEW *Nevro-Psichiatria na Severnom Kawkazie*, 1934, T. I).

Ch. étudie spécialement le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction sous-occipitale au cours du typhus exanthématique.

Le liquide est toujours clair et transparent et constamment hypertendu. Il convient de le prélever en quantité suffisante pour abaisser la tension ; en général il faut retirer 30 à 40 cm³. L'intervention est toujours très bien supportée et apporte un soulagement précieux aux malades. La réaction des globulines de Nonne-Appelt est positive dans 50 0/0 des cas. La pléocytose est variable, s'accentuant à la fin de la maladie. Il existe en général

©BIUM

un parallélisme entre les réactions des globulines. Dans les cas particulièrement graves, on constate une dissociation entre la réaction des albumines et la pléocytose. La réaction de Wassermann est négative. Celle de Weil-Felix positive dans 1/3 de cas, seulement à la période tardive de la maladie.

FRIBOURG-BLANC.

Influence active de la ponction de la citerne avec introduction du sérum de convalescents sur l'évolution du typhus exanthématique, par L. Sa. BLACHMAN (*Nevro-Psichiatria na Severnom Kawkazie*, 1934, T. I).

L'auteur pratique la ponction sous-occipitale chez 73 malades et retrace les avantages thérapeutiques de la méthode. L'introduction du sérum de convalescents après la ponction se montre particulièrement efficace. On constate l'abaissement de la température et l'amélioration de l'état général. Dans le sang, on constate après la ponction une leucocytose qui se maintient pendant plusieurs heures. La diurèse augmente sensiblement (800 cm^3) et la température baisse d'1°4 environ. L'introduction du sérum de convalescent à la suite de la ponction réalise le maximum d'effets favorables.

FRIBOURG-BLANC.

Ponction de la citerne comme voie thérapeutique dans le typhus exanthématique et étude du liquide céphalo-rachidien, par P.-I. EMDIN *Nevro-Psichiatria na Severnom Kawkazie*, 1934, T. I).

L'auteur expose les résultats obtenus chez 74 malades atteints de typhus exanthématique traités par la ponction de la citerne par la voie sous-occipitale (84 ponctions). Il souligne la facilité, l'innocuité et les avantages thérapeutiques de cette technique chez des malades dont les manifestations nerveuses sont particulièrement sévères. La ponction doit être précoce, les résultats sont encore meilleurs si le prélèvement du liquide céphalo-rachidien est suivi d'injection de sérum de convalescents préalablement dilué dans le liquide céphalo-rachidien prélevé. A la suite de l'emploi de cette méthode la mortalité est descendue de 9 0/0 à 4 0/0.

Le liquide céphalo-rachidien est toujours clair et hypertendu. L'albumine et les éléments cellulaires sont augmentés seulement vers la fin de l'évolution de la maladie. La réaction de Wassermann est négative. La réaction de Weil-Felix apparaît dans 1/3 des cas seulement et toujours vers la fin de la maladie. La perméabilité de la barrière méningée dans les cas graves est augmentée.

FRIBOURG-BLANC.

Le traitement de quelques sclèroses multiples par l'électropyrexie (The treatment of Some Multiple Scleroses by Electropyrexia), par Clarence A. NEYMANN et S. L. OSBORNE. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* T. LXXIX, n° 4, pp. 423-433, avril 1934.

Les encéphalo-myélites groupées sous le diagnostic de scléroses multiples par MM. Neymann et Osborne présentent des signes diffus tels que : spasticité des membres inférieurs, perte des réflexes abdominaux, nystagmus, modifications des papilles, tremblements, troubles de la parole et du contrôle

©BIUM

urinaire, paresthésies, etc... L'évolution est chronique avec des rémissions et résiste à toute thérapeutique connue. Aussi l'essai de pyrétothérapie par l'électricité (diathermie, radiothermie, couverture électrique) mérite-t-il d'être pris en considération. Les accès thermiques à 40° environ pendant 8 heures, avec contrôle du pouls et de la respiration, sont renouvelés 2 fois par semaine pendant 5, 10 et même dans un cas 25 semaines. Sur les 25 malades soignés, il y eut 1 aggravation et 2 décès, presque tous les autres patients furent nettement et durablement améliorés.

P. CARRETTE.

Traitement de la paralysie générale par l'électropyrexie, par Charles LADAME, Ferdinand MOREL et Robert de MONTMOLLIN. *Revue Médicale de la Suisse Romande*. LIVe année, n° 4, pp. 429-438, 25 avril 1934.

L'utilisation de circuits de haute fréquence d'ondes courtes est un excellent procédé de production d'une élévation thermique passagère aisément contrôlable. Ce point étant admis, les risques de brûlures et d'accidents circulatoires sont trop grands et trop fréquents pour justifier la recherche d'une rémission du processus paralytique incertaine et inconstante par ce procédé pyrétothérapique.

P. CARRETTE.

Observations sur l'usage du pyrifer (Observations on the Use of Pyrifer), par J. ERSKINE HOWIE. *The Journal of Mental Science*, n° 330, pp. 521-525, juillet 1934.

La thérapeutique par le Pyrifer est celle qui se rapproche le plus de l'impaludation par son principe et ses effets. Le Pyrifer est une préparation de bactéries tirées du groupe *coli*, conservées en ampoules dosées de 50 à 5.000 millions et injectées dans les veines pour obtenir une douzaine d'accès fébriles. Dans la paralysie générale, le Pyrifer se montre efficace. Il agit moins brutalement sur l'organisme que la malaria. L'auteur signale également des succès dans des états d'allure schizophrénique, des paraphrénies, des syndromes épileptiques.

P. CARRETTE.

L'acétylcholine dans le traitement de l'ictus hémiplégique, par François SCICLOUNOFF. *La Presse Médicale*, n° 56, pp. 1140-1142, 14 juillet 1934.

Les effets hypotenseurs de l'acétylcholine étaient connus depuis 1906, mais cette notion restait dans le domaine des recherches expérimentales. Le rôle antispasmodique sur les artérioles ne fut utilisé en thérapeutique que 20 ans plus tard par Villaret et Justin-Besançon dans la maladie de Raynaud. M. Sciclounoff injecte l'acétylcholine à la dose de 10 à 20 cgr. par séries de 20 jours consécutifs d'abord, ensuite de 10 jours, par mois chez des malades présentant des paralysies consécutives au ramollissement cérébral. A moins qu'il ne s'agisse de cas invétérés, de formes étendues, anciennes, les résultats paraissent favorables. L'acétylcholine augmente les chances de guérison ou d'amélioration, et au moins ralentit l'évolution du processus morbide dans les formes sévères.

P. CARRETTE.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

Conformément à l'article 3 du Règlement, la Société Médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'AOÛT, ni pendant le mois de SEPTEMBRE.

La *séance ordinaire* du mois d'OCTOBRE de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 octobre 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 novembre 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e^ arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1935*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e^ arrondissement).

Légion d'Honneur.

Est promu *Officier :*

M. le D^r^ Lucien LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère).

Est nommé *Chevalier :*

M. le D^r^ Maurice DESRUELLES, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

©BIUM

Bourse de voyage à l'étranger à décerner par l'Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Il est rappelé aux candidats que le *délai d'inscription* pour l'attribution de cette bourse de voyage à l'étranger expire le *15 octobre 1935*. Les *internes en médecine des Asiles de la Seine*, actuellement en *3e ou 4e année* d'internat et *membres de l'Association Amicale*, qui désirent faire acte de candidature, devront faire parvenir leur dossier avant le 15 octobre 1935, au Dr Paul COURBON, *Secrétaire* de l'Association, Médecin-Chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Cette bourse de voyage à l'étranger sera de *5.000 francs*. Elle ne pourra pas être partagée, et sera mise à la disposition de son titulaire pendant 9 mois, à partir du 1er décembre 1935.

(Pour tous renseignements, voir le numéro de juin 1935 des *Annales Médico-psychologiques*, pages 150 et 151).

Concours de l'internat en médecine des asiles publics d'aliénés de la Seine.

Un concours pour 8 places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des Asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'ouvrira à Paris, le lundi 21 octobre 1935. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'Assistance départementale, 3e Bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2e étage, pièce 227, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures, du 5 septembre au 19 septembre inclus.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

1° Expédition de l'acte de naissance.
2° Certificat de revaccination anti-variolique.
3° Diplôme de Docteur en médecine ou certificat de seize inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de Médecine de l'Etat. Le certificat d'inscription devra indiquer en outre, que l'intéressé n'a pas subi de peine disciplinaire grave.
4° Certificat de bonne vie et mœurs délivré par le Maire ou à Paris par le Commissaire de Police du quartier.
5° Certificat de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, ou d'un établissement hospitalier de province, indiquant les services hospitaliers du candidat, constatant qu'il a satisfait au stage d'accouchement et témoignant qu'il n'a pas subi de peine disciplinaire grave.
6° Certificat de situation militaire.
7° Certificat de vaccination anti-typhoïdique de date récente.
8° Certificat de vaccination anti-diphtérique de date récente.

Les candidats devront en outre, n'avoir pas atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre. Cette limite d'âge sera prorogée pour les candidats fran-

©BIUM

çais d'une durée égale aux services accomplis dans l'Armée active pour satisfaire aux obligations de la loi sur le recrutement.

Les épreuves du concours sont les suivantes :

1° Une composition écrite de trois heures sur un sujet de pathologie interne et de pathologie externe (médecine et chirurgie).

2° Une composition écrite de deux heures sur un sujet d'anatomie et de physiologie du système nerveux (central et périphérique).

Il sera accordé un maximum de trente points pour chacune de ces deux épreuves écrites. L'ensemble des épreuves écrites pourra être éliminatoire si le nombre des candidats dépasse le triple des places d'internes titulaires vacantes.

3° Une épreuve orale de cinq minutes sur une question de garde. Il sera accordé un temps égal au candidat pour réfléchir. Il sera accordé au maximum vingt points pour cette épreuve. Par question de garde, on doit entendre une épreuve orale relative à la conduite à tenir par le Médecin en présence d'un cas clinique urgent de médecine, de chirurgie, d'obstétrique.

La durée des fonctions des internes est de deux ans ; celle des fonctions d'interne provisoire, d'une année. A la fin de leur deuxième année, les internes titulaires peuvent être maintenus en fonctions pendant deux périodes successives d'une année.

L'entrée en fonctions aura lieu le 15 novembre 1935.

Les traitements alloués aux internes sont :

Internes de première année	9.500 fr.
Internes de deuxième année	9.900 »
Internes de troisième année	10.300 »
Internes de quatrième année	10.700 »

Les internes reçoivent en outre l'indemnité de résidence de 2.240 fr. et une indemnité de déplacement de 900 fr. pour les Asiles de Villejuif, Vaucluse, Ville-Evrard, Maison-Blanche et Moisselles. Ils bénéficient, éventuellement, des indemnités pour charges de famille.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XL[e] session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

La *40[e] session* du *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française,* se tiendra à *Bâle, Zurich, Berne* et *Neuchâtel,* sur l'invitation des Sociétés suisses de Neurologie et de Psychiatrie, du *20 au 25 juillet 1936.*

BUREAU

Présidents : M. le D[r] O. CROUZON (de Paris) et M. le D[r] A. REPOND (de Malévoz-Monthey).

Vice-Président : M. le D[r] M. OLIVIER (de Blois).

Secrétaire général : M. le Professeur P. COMBEMALE (de Lille).

Trésorier : M. le D[r] VIGNAUD (de Paris).

Secrétaire annuel : M. le D[r] O. FOREL (de Prangins).

©BIUM

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR

Psychiatrie : L'Hérédité des états circulaires et schizophréniques, par le Dr W. BOVEN (de Lausanne) et le Dr A. BROUSSEAU (de Paris).

Neurologie : Etude séméiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques, par le Dr CHRISTOPHE (de Paris).

Thérapeutique psychiatrique : Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles, par le Professeur Hans W. MAÏER (de Zurich).

IIe Congrès international d'hygiène mentale (Paris, 27-31 juillet 1936).

Le texte dactylographié des *rapports* devra être remis au président du Comité du Programme *avant le 1er novembre 1935.* Il est accordé à chaque rapporteur 16 pages d'impression. Les langues suivantes pourront être imprimées dans les publications du Congrès : français, anglais, allemand, espagnol, italien, portugais. Chaque manuscrit devra être accompagné d'un résumé de 15 à 20 lignes en français et en anglais.

Pour les *discussions* des rapports et pour les *communications,* il est recommandé de s'inscrire avant le 1er janvier 1936 auprès du *président* du *Comité du Programme :* Dr René CHARPENTIER, *119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine* (*Seine*). Il sera accordé 4 pages d'impression à chaque auteur d'une communication et à chaque membre du Congrès ayant pris part à la discussion d'un rapport.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 50.771

©BIUM

Tome II. — N° 3 Octobre 1935

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

RÉALISATION ET INTERPRÉTATION

PAR

Pierre JANET

D'une manière générale, le délire ne doit pas être considéré comme une *explication* que le malade donne aux autres et se donne à lui-même des troubles qu'il ressent. Ce caractère d'explication, s'il apparaît, ne se montre que dans une dernière phase, dans le délire assimilé qui est surtout provoqué par les interrogations et les objections de l'entourage. Le délire est surtout une *narration* que le malade fait de sa conduite sociale dans un milieu particulier assez restreint, celui des familiers. Ces actes sociaux sont transformés, souvent inversés, toujours objectivés par les régulations sentimentales qui dépendent des réactions de l'angoisse et du triomphe.

Mais de bonne heure, chez un grand nombre de malades apparaissent des récits particuliers dans lesquels la transformation des événements paraît plus grande : le sujet nous présente comme des conduites sociales avec objectivation intentionnelle des faits dans lesquels il n'y a eu en réalité que des actions perceptives fort simples et qui nous paraissent complètement transformées : ce sont ces récits que l'on désigne le plus souvent sous le nom d'*interprétations* et qui jouent un rôle considérable dans la plupart des délires systématisés.

Ann. Méd.-psych., xv^e^ série, 93^e^ année, t. II. — Octobre 1935. 22.

©BIUM

M. J. Lacan dans sa thèse si intéressante sur les psychoses paranoïaques (1932, p. 128), remarque justement que mes études sur les sentiments des persécutés s'arrêtent au moment d'aborder les phénomènes si délicats de l'interprétation. C'est une observation exacte que j'avais faite moi-même, mais j'avais l'idée de réserver l'étude de l'interprétation pour l'examiner en même temps que le délire. Cette méthode était un peu fâcheuse, car l'interprétation a son point de départ dans des sentiments qui apparaissent avant le délire.

1. Le symptôme de l'interprétation

Pour préciser, voici quelques exemples des faits que je considère comme des interprétations et dont je me propose de chercher le mécanisme psychologique. Vka, femme âgée de 48 ans, que je viens de voir à l'Hôpital Henri-Rousselle (1), en rentrant chez elle a vu devant sa porte un fragment de ficelle qui portait un nœud en son milieu ; elle raconte ce petit fait de la manière suivante : « En rentrant chez moi, j'ai eu à me défendre contre une voisine qui avait l'intention de m'étrangler. — Avez-vous vu cette voisine ? — Non, mais j'ai vu dans cette corde qu'elle avait l'intention de m'étrangler. » On peut rapprocher une ancienne observation de délire spirite dont le point de départ est analogue quoique l'interprétation soit différente (2). Meb., f., 26, a aussi vu devant sa porte quelque chose de bizarre, trois petits cailloux qui n'étaient évidemment pas à leur place sur le palier de l'escalier au 3e étage. Elle les conserve avec soin et me les montre avec satisfaction, car ce sont évidemment des cadeaux que sainte Philomène lui a apportés du ciel. Une autre malade, Xa., f., 66, rencontre, au bois de Boulogne, un morceau de papier rouge et rentre très effrayée, car elle a vu ce papier teint du sang de la guillotine qui l'avertit de son propre sort. La première malade, Vka. reconduit une femme qui était venue avec

(1) Je suis heureux de cette occasion d'exprimer ma reconnaissance à M. Toulouse qui cette année a mis à ma disposition son très beau service à l'hôpital Henri-Rousselle. Je remercie particulièrement M. Schiff qui a bien voulu perdre son temps pour chercher dans le service les malades que je désirais voir ; je voulais étudier les délirants persécutés à une phase particulière de leur évolution, au moment où ils passent des obsessions et des phobies sociales aux sentiments d'emprise et aux premières narrations délirantes. Il est étonnant de constater combien il est facile dans la grande clientèle de ce service de trouver tous les symptômes que l'on désire examiner.

(2) Un cas du phénomène des apports, *Etat mental des hystériques*, 2e édition, 1911, p. 499, 3e édit., 1931, p. 49.

©BIUM

son enfant lui faire une visite, elle entend cette femme appeler son enfant : « Allons, viens donc, ma petite cocotte », elle raconte l'histoire en disant : « Cette femme en sortant a cherché à me voler une poule. »

Le fait est si banal qu'on peut le retrouver dans un grand nombre des mes anciennes observations, présentées cependant à d'autres points de vue. Le manière dont Alexandre, h., 23, raconte son arrestation au régiment est fort curieuse : ce jeune homme déjà fort troublé s'était montré en colère et insolent dans le cabinet de son colonel et celui-ci fut obligé de le faire arrêter par des soldats de planton qui, après l'avoir maîtrisé, l'emmenèrent à l'infirmerie dans une voiture, celle-ci passa dans une place où des soldats faisaient l'exercice. Quand on arriva à l'hôpital, des infirmiers s'avancèrent et prirent le malade, tandis que les soldats qui l'avaient conduit se retiraient. A l'entrée de l'hôpital, pour une formalité quelconque, peut-être pour l'indication des objets trouvés dans ses poches, on lui fit signer un papier. Voici comment deux mois après il me raconte cette scène qui « pour lui est devenue lumineuse : ce n'est pas un officier français ni des soldats français qui l'ont arrêté et ligoté, c'est un parti d'Allemands devenus par la trahison maîtres de la ville qui ont voulu le supprimer, parce qu'il était considéré comme le plus redoutable des patriotes ; on l'emmenait en captivité en Allemagne ; quelques soldats français restés fidèles qui l'ont vu passer n'ont pas osé attaquer les ennemis et se sont bornés à lui présenter les armes. Arrivés aux portes de la ville, les soldats allemands qui le tenaient ont été attaqués et défaits par un groupe de Français déguisés (les infirmiers) qui l'ont arraché des mains des Allemands. A l'entrée du bâtiment, on lui a présenté une lettre du Président de la République qui lui conférait le titre de généralissime des armées françaises et alliées et lui enjoignait de vaincre ou de mourir, il a accepté et il a donné sa signature » (1). Le même malade, un peu plus tard, transforme de la même manière des faits présents, ce qui est plus rare ; il avait l'habitude de me remettre une foule de lettres adressées par lui à tous les généraux, à tous les magistrats pour les leur faire parvenir ; un jour il a trouvé quelques-unes de ces lettres dans mes papiers et je m'attendais à une violente colère. Il s'est borné à sourire et il m'a dit : « Vous avez voulu conserver des autographes du généralissime, je vous comprends et je vous excuse. » J'ai signalé chez ce malade plusieurs faits semblables.

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II, p. 386, 392.

©BIUM

Il est inutile de rappeler l'observation de Madeleine, cette malade extatique avec grand délire religieux, il faudrait citer toutes les pages de mon livre, car elle interprète à certains moments tout ce qu'elle perçoit dans un sens ou dans l'autre, suivant son état. Voici seulement deux passages : « Malgré leur misère, ces gens se nourrissaient de viande tous les jours et brûlaient des os qui répandaient une odeur particulière facile à reconnaître. Les enfants jouaient avec des osselets d'une blancheur et d'une délicatesse telle qu'ils ne pouvaient être que des osselets humains... Oui, j'ai senti l'odeur des cadavres corrompus et j'ai vu couler le sang dans les ruisseaux ; la nuit, j'entendais dans les caves le bruit que font les bouchers quand ils débitent de la viande. Mais oui, il se fait en grand dans Paris un commerce de chair humaine, on vend et on mange des cadavres et quand on n'en a pas, on en fait... On a voulu m'empoisonner en m'offrant une bouteille de vin, heureusement cette bouteille est tombée par terre et s'est cassée, la Providence m'avait sauvée par un miracle, il était temps ! » (1).

Je voudrais ajouter encore un seul exemple qui nous présente le phénomène sous une forme un peu différente et dont il faudra tenir compte. Med., f., 26, avait la singulière habitude quand elle me rencontrait dans les cours de la Salpêtrière de m'appeler Raoul et de me tutoyer (2). Quand je protestais en lui disant que je n'étais pas Raoul, elle répondait : « Tu dis cela pour me faire de la peine, ce n'est pas gentil, puisque tu es Raoul *tout de même.* » Il y a encore ici deux phénomènes psychologiques et le second est substitué au premier ; il y a la perception de mon individu auquel elle s'adresse particulièrement et qu'elle ne confond pas avec les autres et une affirmation qui pour nous est différente, celle de la présence de Raoul. Mais, dans ce cas, la réalité du premier phénomène est moins nette que chez Vka., qui nous dit elle-même avoir vu la ficelle, tandis que Meb. refuse de dire qu'elle a vu M. Janet ; nous aurons besoin de mettre plus en évidence ce premier phénomène. Le second phénomène, la présence de Raoul, est présenté sous la forme d'une hallucination qui est une affirmation plus forte que la pensée de l'étranglement. Ce fait de la fausse reconnaissance est une transition qui nous conduit à l'étude des relations entre l'interprétation et l'hallucination.

(1) *De l'angoisse à l'extase,* 1926, I, p. 169, 488.
(2) L'hallucination dans le délire de persécution. *Revue philosophique,* Janvier 1932, p. 71.

©BIUM

2. Les théories de l'interprétation

La fréquence et l'importance de ce phénomène de l'interprétation ont été de mieux en mieux reconnues dans les délires sociaux, surtout depuis le beau livre de MM. Sérieux et Capgras, 1902. On le désigne le plus souvent sous le nom d'*interprétation* par analogie avec la conduite de l'homme intelligent qui sait porter son attention sur un autre phénomène que le phénomène immédiatement perçu. Ce rapprochement est exagéré, mais le terme « interprétation pathologique » est devenu usuel.

On a reconnu que cette interprétation jouait un grand rôle dans le développement du délire qui est souvent construit sur une accumulation d'interprétations plus ou moins coordonnées. L'histoire que raconte Meb. sur la protection spéciale accordée par sainte Philomène à sa famille est présentée par elle comme justifiée par les cadeaux de la Sainte qui sont des interprétations. Ici encore, il faut prendre des précautions et il faut chercher si la croyance à sainte Philomène dans cette famille de spirites n'est pas antérieure aux cadeaux et n'a pas joué un grand rôle dans leur interprétation. Mais il est vrai que le délire se complique et se développe par l'interprétation des cadeaux. J'étudie en ce moment un beau cas de délire très compliqué qui est entièrement construit sur des interprétations : Thérèse, f., 50, écrit constamment de longs mémoires qu'elle ne confie, il est vrai, qu'à quelques intimes ; elle semble travailler à une grande thèse d'histoire, car il s'agit d'écrire l'histoire des rois et des princes d'Allemagne et de France. Le sujet est un peu plus restreint, car il s'agit avant tout des amours de ces personnages, le travail n'a qu'un but, c'est d'établir historiquement par une infinité d'interprétations qu'elle est elle-même la fille d'un roi. Le point de départ, comme nous le verrons, est une interprétation à propos de sa propre mère, la conclusion est un délire de filiation extrêmement touffu.

On a été plus loin en disant que le délire ainsi construit était très différent du délire construit sur des *hallucinations*, car on considérait celles-ci comme des phénomènes fort différents des interprétations. Cette doctrine est aujourd'hui un peu démodée, car les études sur l'hallucination du paranoïaque ont montré que cette différence avait été très exagérée. Quand Fkv., h., 63, refuse d'aller dans le parc parce que les oiseaux dans les branches l'accusent d'avoir violé ses deux nièces, il interprète le gazouillement des oiseaux comme il interprétait d'autres bruits et même d'autres paroles. Jacques, h., 30, entend répéter ses

©BIUM

pensées dans le bruissement des feuilles ou même dans le balayage. Beaucoup de malades qui entendent des voix les entendent à propos d'une représentation d'anciennes perceptions : Jenny soutient que son mari lui envoie des poudres et des insultes quand elle essaye de se souvenir de la précédente visite du mari, elle interprète des souvenirs et des représentations. La véritable différence entre ces deux phénomènes doit être recherchée dans le degré et la forme de la croyance qui accompagnent l'interprétation : or, il y a sur ce point, chez le même malade, toutes les gradations possibles et la différence ne peut guère être précisée.

M. Schiff disait très bien dans son rapport sur la paranoïa et la psychanalyse, (2 février 1935) : « Le délire d'interprétation est une forme larvée du délire hallucinatoire, la présence ou l'absence des hallucinations ne saurait à elle seule constituer un critère suffisant pour le classement des délires paranoïdes. » N'allons pas trop loin, les hallucinations apportent une complication dans la forme de la croyance qui n'est pas sans importance pour le pronostic et il faudra conserver en partie cette distinction.

*
**

Puisque l'interprétation reste le trouble le plus général, point de départ de l'hallucination et d'une grande partie du délire, il serait très important de comprendre un peu son mécanisme. La première idée qui vient à l'esprit à propos des cas les plus simples comme les fausses reconnaissances, c'est qu'il y a des illusions élémentaires dans les perceptions et dans les représentations. C'est ce que j'étais disposé à croire quand Med. me prenait pour Raoul : ne voyait-elle pas dans ma figure, dans mon allure, des traits analogues à ceux de Raoul et ne faisait-elle pas une simple confusion ? J'ai déjà remarqué cependant qu'elle me distinguait bien des autres et je n'avais pas réussi à lui faire donner le nom de Raoul à une infirmière : il fallait au moins qu'elle perçut un homme et un homme qui lui plût. Mais on peut aller plus loin : je l'ai interrogée avec soin sur les traits qu'elle percevait en me voyant et sur la figure de Raoul dont elle se souvenait. Elle n'a pas eu la moindre hésitation : « C'est vrai que tu es plus petit que Raoul, tu n'as pas de cheveux et il en a beaucoup, tu as une barbiche et il est tout rasé, mais tu es Raoul *tout de même*. » Cette exactitude de la perception initiale est encore plus certaine dans les cas précédents : la malade qu'on a voulu étrangler sait très bien qu'elle a vu un bout de ficelle et

©BIUM

elle le décrit, Meb. sait bien qu'elle a vu trois cailloux puisqu'elle me les apporte elle-même en disant bien que ce sont des petits cailloux. C'est pourquoi je ne puis comprendre des théories comme celle de M.-J. Chevalier et H. Bouya quand ils parlent à propos des hallucinations de l'ouïe du persécuté d'une intoxication discrète et prolongée « qui contamine tous les sens et qui crée l'objet factice » (1). Ces auteurs qui ne donnent aucune démonstration sont trop disposés à confondre les vraies illusions de l'intoxiqué avec les croyances du délirant.

On peut faire la même remarque à propos des représentations d'une perception passée : M. Lacan parle d'une insuffisance de la remémoration qui permet aux images de se transformer (2). D'abord, nous venons de voir que l'interprétation se présente dans des perceptions sans aucune transformation, ensuite, il n'est pas facile de constater ces insuffisances de remémoration. Il est curieux de suivre l'évolution des souvenirs de Jenny à la suite d'une visite de son mari. J'ai assisté, mais une fois seulement, à une de ces visites et j'ai interrogé la malade immédiatement après. Elle a reconnu que cette visite s'était très bien passée, que le mari n'avait pas lancé de poudres, ni prononcé des injures, qu'il avait simplement apporté des fleurs et parlé toujours très aimablement. Il en fut encore de même le lendemain, mais à partir du second jour la malade commença à répéter que, dans cette visite comme dans les autres, le mari avait été insolent et avait envoyé des poudres dont elle sentait le picotement dans les yeux. Nous retrouvons ici l'observation si bien faite par Arnaud dans son article célèbre sur le délire systématique à point de départ dans le sentiment du déjà-vu : le délire n'apparaît pas tout de suite, mais après un certain temps, ce que j'ai répété en disant que l'hallucination n'est pas présente, mais qu'elle porte sur le passé récent. Mais, à ce moment, j'ai encore retrouvé chez Jenny tous les souvenirs de la visite parfaitement corrects. Cela causait même à la malade un certain embarras, car elle localisait les attaques à un certain moment de la visite, puis constatait qu'à ce moment il ne s'était rien passé d'anormal et était obligée de placer ces attaques à un autre moment qui devait être abandonné à son tour. Elle était obligée de conclure : « Je ne sais plus bien à quel moment, mais il a été grossier *tout de même.* » Pour être exact, je dois reconnaître que plus tard tout s'est confondu et qu'il n'est plus resté que

(1) J. CHEVALIER et H. BOUYA. — De l'image à l'hallucination. *Journal de psychologie*, 15 avril 1926.
(2) LACAN, *op. cit.*, p. 210.

©BIUM

l'affirmation du délire, mais il y a eu un moment où l'interprétation a coïncidé avec la mémoire exacte. L'interprétation, qu'elle prenne ou non la forme d'hallucination, ne me paraît pas dépendre d'une confusion élémentaire dans les perceptions ou dans les représentations.

Le plus souvent, on dépasse cette illusion élémentaire et on considère l'interprétation comme un phénomène psychologique bien plus élevé, dans le sens de signification. On semble croire qu'il y a dans l'esprit du malade une opération, un raisonnement analogue à celui que fait le médecin quand il dit que l'élévation de la température est le signe d'une infection ou quand nous disons simplement que la fumée est le signe du feu, parce que le feu cause de la fumée. Vka. aurait raisonné comme ce ministre du sultan qui reçoit un cordon de soie pour lui signifier qu'il a cessé de plaire et qu'il doit disparaître. Il y a peut-être quelque chose de ce genre dans le délire assimilé, quand le malade après beaucoup d'interrogations et de discussions en arrive à des raisonnements qu'il suppose propres à être mieux compris par les autres : nous revenons aux délires explicatifs qui certainement n'existent pas au début.

La signification comme l'explication est un phénomène psychologique élevé qui suppose l'établissement de relations intellectuelles entre deux faits et la réflexion sur l'exactitude de ces relations (1). N'est-ce pas demander beaucoup à des malades qui sont troublés, qui ne réfléchissent pas du tout et qui « voient apparaître tout d'un coup cette interprétation sans savoir d'où elle vient » ? Supposer dans leur esprit ces significations, c'est toujours nous mettre à la place du malade et lui prêter notre logique. L'objet ou la représentation considérée pourrait avoir une foule de significations : une ficelle trouvée par terre peut signifier qu'un passant a défait un paquet, que dans une pelote il a rejeté une partie inutile qui avait un nœud embarrassant ; la ficelle peut faire penser au chanvre, à l'agriculture ou à un métier quelconque, etc. De petits cailloux peuvent être des jouets d'enfants, des moyens de calcul, des fragments de la boue adhérente aux pieds, ils peuvent faire penser à la mer, aux montagnes, etc... Si le malade était capable de comprendre une relation de signification, il devrait pouvoir en évoquer plusieurs et les critiquer, ce qu'il ne faut aucunement.

Il est vrai qu'après l'avoir estimé assez intelligent pour s'oc-

(1) Cf. *L'intelligence avant le langage* (Librairie Flammarion), le chapitre sur le signe.

©BIUM

cuper en ce moment des relations de signification et de causalité, on le déclare en même temps trop bête pour choisir et pour critiquer. C'était l'hypothèse admise pendant un certain temps du fameux caractère paranoïaque et de l'esprit fondamentalement faux de ces sujets depuis leur naissance. Je ne reviens pas sur la discussion que j'ai déjà faite : les troubles paranoïaques apparaissent chez des individus intelligents, mais asthéniques et surtout asthéniques sociaux, et si on observe ces troubles du caractère chez des jeunes gens, c'est que la maladie s'est développée de bonne heure. M. Lacan disait de même qu'il n'a pas constaté chez les délirants cette fausseté primitive du jugement (1). Les interprétations pathologiques ne doivent pas malgré leur nom être confondues avec les interprétations intelligentes ni confondues avec les inductions erronées ou les fautes de la logique passionnelle.

Il ne faut donc placer ce phénomène pathologique ni trop bas parmi les simples illusions, ni trop haut parmi les fautes de raisonnement, il se rattache comme un si grand nombre de troubles névropathiques à ces fonctions moyennes de l'esprit qui ne sont pas assez étudiées par les psychologues. Ceux-ci se précipitent sur les fonctions inférieures pour avoir l'air physiologistes ou sur les fonctions supérieures pour avoir l'air philosophes. La principale difficulté que nous présente l'étude de l'interprétation pathologique, c'est que ce phénomène assez complexe ne correspond pas exactement à une des opérations psychologiques normales ; il est un aspect particulier que prend dans la maladie une fonction plus générale et plus importante que je propose d'appeler la fonction de *la réalisation*.

3. La perte de la réalisation chez un dément

En étudiant les obsédés, j'avais été frappé par l'observation des troubles que présentait chez eux la notion du *réel* : ces malades à leur aise dans l'imaginaire et l'irréel étaient troublés dès qu'il s'agissait de s'adapter au réel, d'agir sur le réel, de percevoir le réel, ces troubles portaient de la même manière sur la notion de présent qui « était pour eux un intrus ». C'est ce que j'avais exprimé en disant que les actions sur le réel caractérisaient une tension psychologique élevée et que l'abaissement de cette tension amenait l'esprit vers les diverses formes de l'irréel (2).

(1) Lacan, *op. cit.*, 242, 243.
(2) *Les obsessions et la psychasthénie*, 1903, I, p. 432.

©BIUM

Cette interprétation qui n'était qu'un résumé des observations, a été rapidement acceptée par plusieurs auteurs et même, à mon avis, un peu trop étendue, mais elle ne me semble pas avoir été suffisamment précisée ni approfondie. Il faut d'abord répéter, pour éviter les malentendus, qu'il ne s'agit aucunement du réel absolu dans le sens philosophique tel que nous ne l'atteindrons probablement jamais, mais du réel humain, de ce que la majorité des hommes considère comme le réel ou comme le présent (1). S'il en est ainsi, ce réel est une construction faite par les hommes, il est le résultat d'une certaine manière d'agir que l'on peut appeler la fonction de *réalisation* et de présentification.

Pour essayer de comprendre un peu mieux cette opération, nous devons appliquer encore la méthode de la psychologie pathologique et considérer des cas où cette opération de réalisation semble supprimée d'une façon plus complète. Un homme de 49 ans, Kyr., qui a toujours été un névropathe un peu agité, autoritaire, soupçonneux, avec des tendances à la persécution, a eu, il y a deux ans, une grave hémorragie cérébrale, il a présenté une hémiplégie droite et une aphasie presque totale. Chose curieuse, le mouvement et la parole ont été récupérés d'une manière à peu près complète en quelques mois. Le mouvement des jambes est à peu près rétabli, sauf dans quelques mouvements difficiles, comme courir ou tourner sur place. Les mouvements du bras droit sont à peu près corrects, le malade peut même écrire, lentement il est vrai et incorrectement. Le malade comprend bien ce qu'on lui dit et parle bien, il sait même encore plusieurs langues ; il n'a conservé de son aphasie qu'un trouble de la lecture qui, d'ailleurs, va en diminuant, il lit lentement et ne paraît pas comprendre ce qu'il lit. Comme me l'a fait remarquer M. Pruvost, il n'exécute pas les ordres simples donnés par écrit, tandis qu'il exécute les mêmes ordres donnés verbalement.

Mais à la suite de cet ictus, peut-être en raison d'une pression sanguine qui reste toujours très élevée, tantôt 26, tantôt 23-14, peut-être comme un développement des troubles névropathiques antérieurs, Kyr. reste agité, presque submaniaque et évidemment en état de démence. Toujours bavard, grandiloquent, criard, il manifeste tantôt des affections excessives pour ceux qui l'approchent, tantôt il les reçoit mal, s'en méfie et les injurie. Le plus souvent, il veut manger trop et réclame indéfiniment de la nourriture, quelquefois il se figure que les plats sont empoisonnés et

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, I, p. 207.

©BIUM

les repousse sous des prétextes absurdes. Le traitement de ce malade est rendu difficile par ses résistances, il ne veut pas se laisser examiner et il est souvent difficile de prendre la pression ; il s'indigne des régimes et réclame « dix fois plus ». Il proteste contre son internement nécessaire « qui est une captivité sans raison, car il a toujours été bon père de famille », il veut qu'on le laisse sortir pour aller dans les cafés voir les belles dames, « simplement les voir ». Je n'insiste pas sur le diagnostic : le malade ne semble pas avoir eu la syphilis, l'analyse du sang et même l'analyse du liquide céphalo-rachidien sont complètement négatives, il n'y a pas de symptômes de paralysie générale : cet état hypomaniaque et démentiel semble en rapport avec un état névropathique antérieur aggravé par l'hémorragie cérébrale et par l'élévation constante de la pression sanguine.

Tous ceux qui approchent Kyr. résument leur impression par un mot : « Cet homme ne réalise pas du tout sa situation ». Il ne réalise pas qu'il est malade, il ne peut pas établir une relation entre sa grave maladie antérieure, son hémiplégie dont il se souvient bien et qu'il appelle « une maladie drôle » et son état actuel, sa gêne dans la course, son incapacité de lecture, son agitation et son séjour dans une maison de santé : « Tout a été fini en trois mois et il n'en est plus question du tout. » Surtout, il n'établit aucune relation entre son état actuel et ses actions futures, il ne veut pas admettre la nécessité d'un régime, il ne veut pas promettre d'accepter un médicament ou de rester tranquille et d'ailleurs il ne peut tenir aucun engagement. On pourrait peut-être appliquer à ce malade le mot d'anosoglosie dont se servait Babinski pour désigner des malades qui ignorent leur paralysie ou leur cécité cérébrale, mais ici ce n'est pas un symptôme qui est méconnu, c'est toute la situation, le danger, le besoin de précautions qui semblent en dehors de la conscience.

L'attitude de Kyr. vis-à-vis de moi n'est qu'un cas particulier de cette absence de réalisation : tantôt il me reçoit très mal comme un individu qu'il ne connaît pas, qui vient sans être appelé par lui et qui le dérange et il m'accable de grossiéretés ; comme il est très instable, cette attitude ne dure guère, il suffit d'un quart d'heure et de quelques mots sur son fils pour qu'il s'adoucisse, alors il me prend les mains, les embrasse et sans transition, sans s'excuser des grossiéretés précédentes, il me fait des compliments et des déclarations de grande amitié. En un mot, tantôt il m'accueille comme un inconnu indésirable, tantôt comme un ami intime, jamais comme un médecin qui vient lui donner des conseils, il ne réalise pas du tout ma situation vis-à-vis de lui.

©BIUM

Les troubles de ce dément ne portent pas sur les actes psychologiques élémentaires : les actes perceptifs et même les actes perceptifs de situation sont corrects : il se tient bien à table ou dans le jardin. Il est intéressant de noter que les actes sociaux existent parfaitement, il salue les gens par leur nom, il vient quand on l'appelle. J'ai dit qu'il n'acceptait pas mes soins médicaux, mais il accepte mes soins, quand il s'agit d'assistance sociale immédiate ; il boit un verre d'eau que je lui tends ; un jour, il avait dans des mouvements brusques rejeté ses couvertures, je les ai ramassées et étendues sur lui, il m'a laissé faire et il m'a remercié. Le langage et même l'intelligence élémentaire ainsi que la mémoire sont suffisants. Où donc commence ce que nous appelons chez lui absence de réalisation et quelles sont les conduites qui nous paraissent absentes ?

4. L'acte de la réalisation

Cet acte de la réalisation est d'abord une opération de langage, c'est une fonction verbale, c'est peut-être l'une des premières opérations qui doivent être rangées dans le plan verbal au-dessus du plan moteur. Il n'y a pas de réalisations chez des êtres qui sont uniquement au plan moteur : des animaux réagissent ou ne réagissent pas aux stimulations, mais ne font aucune action qui comporte une réalisation, c'est-à-dire une organisation générale de la conduite autour d'une formule verbale. On vient de voir que des individus présentant les plus grands troubles de la réalisation peuvent avoir une conduite normale dans le plan moteur. De grands persécutés ou des mégalomanes, absurdes quand ils parlent, peuvent être corrects dans leurs actions élémentaires. Un délirant comme Alexandre qui affirme être le généralissime est docile avec son garde et se tient modestement devant le médecin malgré ses grandes dignités en paroles. Si on appelle « raison, conduites raisonnables » ces conduites élémentaires, on peut approuver le mot de Charleston que citait M. Pichon : « Le fou n'est pas l'homme qui a perdu la raison, c'est l'homme qui a tout perdu excepté la raison. » (1).

On voit très bien chez Kyr. le trouble du langage : il y a plusieurs mots, les mots « malade, médecin, maison de santé, traitements » qu'il peut bien prononcer d'une manière générale en les laissant inconsistants, mais qu'il comprend mal, car il ne peut les appliquer à lui-même, « ici, maintenant ». Le *langage*

(1) D'après LACAN, *op. cit.*, p. 258.

©BIUM

inconsistant est précisément ce langage qui reste en l'air sans être combiné avec des actes moteurs passés, présents et futurs. Je viens de publier mes leçons sur le langage inconsistant dans un recueil étranger, l'annuaire du Dr G.-A. Joederholm de Göteborg (Suède), j'espère les réunir plus tard à mes études sur la croyance.

Le langage devient *consistant* quand il devient *verbo-moteur* par la combinaison de la formule verbale avec des actions motrices présentes, passées et futures, pour éviter les dangers du langage inconsistant. La réalisation est une de ces combinaisons, peut-être la première des conduites motrices avec une formule verbale. L'homme ne se borne pas à prononcer le mot malade, il « se dit malade », il adapte sa conduite à ce mot, il transforme ces mots « malade, médecin, traitements » en ordres qu'il se donne à lui-même de faire les actions correspondantes, présentes et futures. La promesse est devenue une action qui transforme nos paroles et en fait de nouveau des ordres à nous-mêmes. Les promesses, les serments, les engagements d'honneur sont devenus le point de départ de l'affirmation qui réunit au moins dans certains cas l'action verbale et l'action motrice (1). Ce sont ces adaptations de conduites futures autour d'un mot présent qui donnent aux objets les caractères importants de la persistance, en font des *êtres* et, dans des cas particuliers, des *réalités*.

Dans ces conditions, la réalisation devient une forme de *la croyance :* celle-ci consiste justement dans cette transformation de certaines paroles en ordres à soi-même. Certains de ces ordres peuvent être immédiatement exécutés, ce sont les volontés ; certains autres ne peuvent pas être immédiatement exécutés, parce que les conditions de l'acte ne sont pas actuellement données, ce sont alors les croyances proprement dites. Si à des personnes renfermées dans une salle je dis : « Je crois que la Seine est un fleuve qui coule dans Paris », je leur promets de les conduire au bord, de leur montrer un fleuve sans quitter Paris. Je ne peux pas dans cette chambre exécuter ma promesse, je remets cette exécution à plus tard, au moment où certains actes moteurs auront rendu les circonstances favorables à cette exécution.

Pourquoi les hommes ont-ils appris à construire des conduites de ce genre ? C'est parce qu'ils arrivent ainsi à tirer immédiatement les bénéfices sociaux d'un acte qui n'est pas exécuté et qui ne peut pas l'être avant un certain temps. Les assistants me remercient déjà de mon renseignement, comme si je leur mon-

(1) *De l'angoisse à l'extase*, I, p. 222.

©BIUM

trais le fleuve. Dire que l'on croit à une religion, c'est se déclarer prêt à professer ses dogmes, à les défendre, à subir le martyre plutôt que de les renier. Mais, en ce moment, personne n'écoute l'enseignement, personne n'attaque ces dogmes, ni ne martyrise le croyant : celui-ci se borne à promettre tout cela pour obtenir dès maintenant les bénéfices de cette croyance, l'estime et l'admiration pour sa science et pour son courage. En somme, la croyance se présente comme un acte d'*escompte* sur une simple promesse d'action motrice remise à plus tard : de même qu'un banquier paye immédiatement un chèque dont l'échéance est lointaine, les assistants qui acceptent une croyance se conduisent immédiatement vis-à-vis du croyant comme ils feraient seulement plus tard au moment de l'exécution de l'acte promis s'ils ne croyaient pas. Bien entendu, il ne faut jamais oublier que l'homme se conduit vis-à-vis de lui-même comme vis-à-vis des autres et qu'il y a des croyances et des promesses pour soi-même.

La réalisation est une forme particulière de la croyance d'abord parce que l'affirmation y est particulièrement forte et ne comporte pas tous les degrés que peut prendre la croyance. Ensuite parce qu'elle s'exerce dans des conditions où j'exécute déjà les actes en rapport avec l'affirmation. Je réalise que nous sommes en hiver, quand je prends déjà les costumes d'hiver, tandis que je me borne à croire à l'hiver quand je prépare des costumes d'hiver, mais sans les mettre encore. Mais alors pourquoi parler de croyance puisque celle-ci ne comporte que des actes futurs qui ne sont pas encore exécutés ? Il y a là une extension d'un acte qui, si je ne me trompe, se présente assez souvent.

La présentification est une forme encore plus spéciale de la réalisation dans laquelle les actes promis sont des actes de récit. D'une manière générale, il n'y a lieu de faire le récit d'une perception qu'au moment où cette perception est passée et ne peut plus être en action. Mais la présentification consiste à faire le récit en même temps que l'on fait l'acte, c'est-à-dire dans des conditions où le récit semble parfaitement inutile (1). Cette dérogation aux règles de la mémoire s'est établie pour obtenir l'unité des récits de la vie pour que les actes actuels puissent être rangés avec les actes passés et les actes futurs en prenant pour ainsi dire le même dénominateur. On pourrait aussi rappeler à ce propos la notion du zéro en arithmétique : le zéro est considéré comme

(1) Sur la notion de présent, cf. *L'évolution de la mémoire et de la notion de temps*, 1928, p. 309.

©BIUM

faisant partie de la série des nombres, quoiqu'à parler rigoureusement il ne soit pas un nombre, mais cette extrapolation de la notion de nombre permet de rattacher la série des nombres négatifs à la série des nombres positifs et d'unifier tous les nombres.

Il en est de même de cette forme de croyance qui est la réalisation. C'est une manière d'unifier tous les phénomènes de notre vie, de raccorder le futur et le passé avec le présent. C'est surtout une manière de rendre notre acte plus social en le mettant sous une forme accessible à tous les hommes. Réaliser bien ma situation, c'est la traduire en croyance, c'est faire que non seulement moi-même j'y adapte mes actes passés et futurs, ma personnalité, mais encore de telle façon que tous les autres hommes qui ne sentaient pas ma situation de la même manière s'y intéressent comme moi et y adaptent leur personnalité.

C'est pourquoi la réalisation est loin d'être inutile, elle ne modifie guère ma réaction motrice immédiate, mais elle y ajoute mon expérience passée et mes intentions pour l'avenir, elle devient un des éléments de la construction de la personnalité. La réalisation a un rôle social considérable, car elle fait appel aux autres, surtout aux familiers, elle provoque non seulement la réaction sociale momentanée des autres, mais leur action personnelle, elle fait appel à leur personnalité.

5. Les variétés de la réalisation

Les réalisations prendront des formes diverses comme les croyances, mais moins nombreuses : les variétés du doute, les variétés de l'imaginaire ou de l'irréel n'en font guère partie, c'est par une exagération de langage que l'on parlera de la réalisation d'un conte de fées.

Les principales variétés dépendront de la nature des actions et des attitudes que nous avons au moment de cette réalisation. Il y aura « des attitudes réalistes, spectaculaires ou cogitatives », suivant que nous faisons à ce moment des actes moteurs, des actes de contemplation ou des actes de pensée (1).

Puisque la croyance est au fond une action différée, elle varie selon la nature de l'acte promis, qui joue le rôle de vérification, d'acte libérateur d'une promesse. Dans les cas les plus nets, cet acte qui permet la vérification est tout simplement un mouvement : je vérifie ma croyance que la Seine coule à Paris

(1) *De l'angoisse à l'extase,* II, p. 173.

©BIUM

en me déplaçant et en allant au bord du fleuve. Dans d'autres cas, la vérification se fera grâce à l'attente qui me permettra de voir les feuilles et les fleurs au printemps. La vérification ne se fait plus que par la concordance de mes paroles avec celles des autres témoins dans la croyance au passé. C'est ce qui a permis d'établir au moins grossièrement le tableau des degrés du réel depuis la complète réalité de l'objet présent jusqu'à la demi réalité de l'avenir et du passé. La réalisation présentera des degrés comparables (1).

Il y a cependant une forme de la réalisation sur laquelle je désire insister un peu parce que je ne lui ai pas donné encore une place suffisante, c'est ce que je propose d'appeler *la réalisation de l'insignifiant*. Je m'excuse de prendre à ce propos un petit exemple personnel. Un jour de cet été, en entrant dans l'asile Sainte-Anne, j'ai aperçu devant moi, sur le trottoir, un assez grand morceau de papier rouge, mon attention a été arrêtée un instant et je me suis intéressé à ce papier rouge. Il s'agissait probablement d'une association d'idées, car, quelques jours auparavant, j'avais entendu une malade dont je viens de parler qui construisait tout un délire à propos d'un papier rouge qu'elle avait rencontré dans une allée du bois de Boulogne. J'ai soulevé ce papier du bout de ma canne et j'ai vu que c'était un morceau d'une réclame d'un restaurant quelconque, ceci fait, j'ai laissé retomber le papier sans m'en occuper davantage et j'ai continué mon chemin. Ma conduite n'a pas été un simple acte perceptif, car j'ai fait un acte d'attention, de langage et d'affirmation, c'est bien un acte de réalisation. Mais cette réalisation, tout en situant un peu le fait dans le présent et en le rattachant vaguement au souvenir de la malade précédente, ne préparait aucune action pour l'avenir, il ne m'est pas venu à l'esprit de parler de ce papier en entrant dans le service et depuis je ne m'en suis occupé en aucune manière. Si le souvenir m'en revient aujourd'hui, c'est que je me place à un tout autre point de vue au point de vue du fait psychologique qui s'est passé dans mon esprit et aucunement au point de vue de l'existence objective de ce papier. Cependant, il ne s'agit pas du doute, car je n'ai eu aucune hésitation sur la conduite à tenir à propos de ce papier. Il y a eu une sorte de décision et d'affirmation : il est difficile cependant de dire quelle forme d'existence ou de réalité j'ai donnée à ce papier. J'aurais dû, si j'avais réfléchi, en faire un

(1) *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*, 1928, p. 242, 351, 441, et *Revue philosophique*, mars 1932, p. 314.

©BIUM

être au moins passager, mais en fait je n'ai rien fait de semblable, car je ne me suis pas du tout interrogé sur son existence. La réalisation me semble avoir été la croyance que ce n'était rien, qu'il fallait suspendre une attention éveillée mal à propos et ranger cette perception dans le groupe énorme des perceptions auxquelles nous ne nous intéressons en aucune manière, dont nous n'affirmons rien du tout. Je propose d'appeler ce groupe de réalisations la réalisation de l'insignifiant.

On connaît ces malades imbéciles au-dessous de la croyance qui fabulent indéfiniment avec une certaine correction dans la disposition des récits avec l'usage correct de l'avant et de l'après, mais qui ont une indifférence totale à ce que nous appelons la vérité (1). Il y a là un trouble de l'esprit, une insuffisance quand cette conduite est perpétuelle et quand le sujet est incapable d'en avoir une autre. Un homme plus évolué s'élève au-dessus, il est capable d'ajouter l'affirmation avec son choix et ses dangers. Mais nous conservons cependant la conduite précédente de l'imbécile qui fabule et nous sommes capables d'y revenir, c'est ce que nous faisons plus ou moins complètement quand nous affirmons l'insignifiant.

6. Les non-réalisations

Une opération aussi difficile présente naturellement bien des troubles : on connaît les troubles de la présentification dans le sentiment du « déjà-vu », le rétrécissement du passé et de l'avenir chez le débile mental que j'ai étudié à propos d'un article de M. De Greef (2). Il y aura surtout des erreurs dans l'attribution aux récits de telle ou telle place dans le tableau de degrés du réel. Suivant les dispositions sentimentales du sujet, les formules verbales auront un degré de réalité abaissé, prendront l'aspect de passé lointain ou seront relevées jusqu'à devenir du passé proche ou même du présent et ces distributions incorrectes joueront un grand rôle dans les délires (3). Nous avons surtout à nous intéresser maintenant à un trouble plus simple, celui de la non-réalisation, à l'absence de la réalisation dans des conditions où elle devrait normalement apparaître.

Tous les phénomènes d'un stade psychologique ne passent pas automatiquement au stade supérieur, même quand celui-ci est

(1) *L'évolution de la mémoire*, 1928, p. 277.
(2) *Evolution de la mémoire et de la notion du temps*, 1928, p. 346.
(3) *Evolution de la mémoire*, p. 463 ; *Force et faiblesse psychologiques*, 1932, p. 25.

©BIUM

possible chez le sujet : tous les réflexes psychologiques ne sont pas transformés en actes perceptifs, ni tous les actes perceptifs en actes sociaux, ni tous les actes sociaux en actes intellectuels élémentaires, il en est de même pour la transformation en langage et en croyance. L'homme s'efforce en vain de dénommer tous les objets et tous les phénomènes et de les faire rentrer tous dans des croyances systématiques, il en laisse énormément en dehors de ces réalisations. Mais il y a un certain nombre de réalisations qui sont usuelles, qui sont exécutées par tous les hommes qui nous entourent, car elles sont indispensables à la vie commune des cités, quand cette vie commune a atteint un certain niveau psychologique. La police, nous l'avons vu, nous impose d'avoir un nom et même d'avoir un certain présent, elle nous impose de même certaines réalisations. Quand une jeune fille vient de perdre sa mère qui est morte sous ses yeux, quand elle a suivi l'enterrement, elle n'a pas le droit de ne pas réaliser la mort de sa mère et de n'en tenir aucun compte dans son langage et dans ses affirmations.

Je rappelle, à ce propos, une observation qui m'a depuis longtemps vivement intéressé et que j'ai déjà cherché plusieurs fois à interpréter. L'observation d'Irène, publiée d'abord dans le *Journal de psychologie* (septembre 1904, p. 417), a été reproduite plus complète dans l'état mental des hystériques (2e édition, 1911, p. 506 ; 3e édition, 1931, p. 56). Cette jeune fille de 22 ans s'est épuisée à soigner sa mère mourante de tuberculose, elle a assisté à la mort pendant toute une nuit particulièrement dramatique. Depuis ce gros bouleversement émotif, elle présente pendant deux ans deux symptômes en apparence contradictoires. Elle semble avoir complètement oublié la mort de sa mère ainsi que les trois mois qui l'ont précédée, et elle nie la réalité de cette mort : « Si ma mère était morte, moi, qui l'adorais, je l'aurais soignée, j'aurais été à son enterrement et surtout j'aurais un grand chagrin, or je n'éprouve rien de tel, donc elle n'est pas morte, elle est partie quelque part, elle va revenir. » D'autre part, plusieurs fois par semaine, Irène a un grand délire à forme somnambulique dans lequel elle reproduit minutieusement pendant trois heures toutes les scènes de la nuit fatale, soignant sa mère, essayant de la faire revivre, remettant sur le lit le cadavre qu'elle a fait tomber, etc... On pourrait dire d'un côté que la malade a tout à fait perdu le souvenir de cette nuit et de l'autre qu'elle a conservé ce souvenir d'une manière excessive.

J'ai déjà fait bien des études sur ce problème, non seulement dans l'article que je viens de rappeler, mais dans les *Médications*

©BIUM

psychologiques (1919, II, p. 269, 291). L'idée générale que j'ai présentée, c'est qu'il fallait admettre deux formes de mémoire très différentes, la mémoire élémentaire, simple reproduction des attitudes perceptives analogue à l'habitude qui était conservée et exagérée et la mémoire verbale, intellectuelle, capable d'adapter le récit aux conditions de la vie sociale qui semblait disparue. Quand, après une longue et difficile éducation, je suis parvenue à restaurer complètement la seconde mémoire intellectuelle, à lui faire retrouver ou plutôt à lui faire construire le récit social de la mort de sa mère, les manifestations excessives de la première mémoire dans le délire somnambulique ont disparu. Aujourd'hui, j'exprimerais la même pensée en ajoutant un mot de plus. Irène ne se conduit pas du tout comme une jeune fille qui vient de perdre sa mère, car elle n'a pas du tout réalisé cette mort, elle n'a pas du tout adapté sa conduite à cet événement. Le récit social que nous lui demandons serait précisément un élément de cette réalisation, faire ce récit serait réaliser la situation, ce qu'elle est bien incapable de faire. Irène a retrouvé ce souvenir parce que avec le temps écoulé et l'éducation elle est parvenue à faire une foule d'actes d'acceptation, de résignation, de rangement des idées, d'organisation des conduites qui constituent l'assimilation de l'événement à la personnalité, la réalisation (*Médications psychologiques,* II, p. 291).

Dans les syndromes présentés comme hystériques, des amnésies, des paralysies localisées, des anesthésies même, on retrouvera souvent bien des phénomènes psychologiques analogues. Je signalais autrefois la persistance du phénomène sous une forme élémentaire au-dessous du langage et de la croyance et la disparition du même phénomène, quand il s'agit de l'exprimer ouvertement, de l'assimiler à toute la personnalité. Ce sont ces malades qui ne mangent pas devant des témoins et qui mangent en cachette, qui semblent des paraplégiques dans la journée et qui courent sur les toits la nuit en somnambulisme, ce sont les faux aveugles, comme Hot, les faux sourds, etc... Le phénomène subconscient dans ces cas est un phénomène qui reste à un stade inférieur au milieu d'un grand nombre d'autres phénomènes qui se présentent à un stade supérieur.

A côté de cette forme hystérique du phénomène dans laquelle la non-réalisation se manifeste par une apparente perte de la fonction, nous trouvons énormément d'autres cas où la non-réalisation porte sur un fait déterminé. Combien de personnes ne peuvent pas réaliser la mort d'un parent ou d'un ami ? Lema., f., 50, plusieurs mois après la mort de son mari m'écrit : « Je ne

©BIUM

peux pas accepter la mort de mon mari bien que je me répète que cela est vrai ; dans les profondeurs de mon âme, il y a quelque chose qui ne peut pas y croire. Quand je reçois une lettre, ce quelque chose relève la tête et il a l'espoir que c'est une lettre de lui. Dans mes rêves, il est avec moi et au fond je sens que je ne suis pas désolée comme je le serais s'il était mort réellement. » C'était déjà le mot que nous venons de voir chez Irène. Kj., f., 60, qui est d'ailleurs une persécutée, n'admet pas la nouvelle de la mort d'un ami : « Non, il n'est pas mort, il a déménagé, il est parti en voyage, la lettre de faire-part est une mauvaise plaisanterie. » Les hommes en général évitent de réaliser leur propre mort : « Il y aura avant ce terme une découverte physiologique qui prolongera indéfiniment la vie humaine. » Au contraire, Delphine, f., 35, qui dans une crise mélancolique antérieure a fait une tentative de suicide prétend qu'elle a vu la mort de trop près et que cette réalisation de la mort absente chez les autres hommes entretient son angoisse perpétuelle. Bien des gens ne peuvent pas réaliser leur état de maladie et la nécessité où ils sont de prendre des soins de leur santé.

Parmi ces non-réalisations, une des plus fréquentes est celle de la situation de la fortune et de la situation sociale de la famille. Le caractère essentiel de ce pauvre maître d'étude, Mx. (*Névroses et idées fixes*, 1898, II, p. 170), qui nous a présenté ce curieux délire de revendication et d'interprétation, c'est qu'il ne peut pas se résigner à être le fils de pauvres paysans et en particulier d'une mère qui, paraît-il, a été dure avec lui. Toute l'histoire pathologique de Thérèse dépend de ses sentiments vis-à-vis de sa mère : elle l'aimait beaucoup dans son enfance et dans sa jeunesse. Nous avons vu que la crise de mélancolie, que j'ai appelée *déchaînante*, a renversé les sentiments et a déterminé le développement des sentiments opposés de la haine. Elle déteste sa mère et ne peut plus rien accepter qui vienne de sa mère, ni le nom, ni la religion, ni même la fortune qui vient de la banque. Elle ne veut plus ou ne peut plus réaliser qu'elle soit la fille de cette mère, comme Mx. ne peut plus être le fils des pauvres paysans.

Voici une femme de 45 ans, Qi., un peu forte, qui, à peine entrée dans le cabinet du médecin, dénoue ses cheveux et les étale sur son dos, qui tire de son sac une corde et se met à sauter à la corde : « Ah ! être une petite fille de dix ans. Ah ! ne plus être Madame. Appelez-moi Nénette, je vous en prie. » Elle ne réalise ni son âge, ni sa situation de Madame, mère de famille. « Nous sommes mariés depuis douze ans, me dit une autre femme, nous

©BIUM

avons trois enfants et mon mari n'a pas encore pu réaliser que je suis sa femme, c'est bien pénible. »

Ce sont surtout les fonctions sexuelles et les situations sexuelles qui, en raison de leurs complications physiques et sociales donnent lieu souvent à des symptômes de non-réalisation. Un vieux livre qui reste un chef-d'œuvre, la *Psycho-pathologia sexualis* de Krafft Ebing a été rééditée par M. Moll, de Berlin, et traduite en français par M. René Lobstein et j'ai écrit une préface pour cette traduction. On y trouvera la plus étonnante collection de malades qui n'acceptent pas leur sexe, qui ne veulent pas être des hommes ou qui ne veulent pas être des femmes. A propos des études souvent si superficielles de l'homo-sexualité, j'ai déjà souvent réclamé que l'on tînt compte des obsessions de scrupule, il faudrait tenir compte aussi des obsessions qui dérivent de la non-réalisation. Deb., f., 44, est depuis sa jeunesse honteuse de son sexe, elle regrette d'être une femme et prétend qu'elle aurait enfin des sensations si elle se comportait en homme. L'incomplétude des satisfactions sexuelles est un caractère général des psychasthéniques et cette femme serait tout aussi incapable « d'aller jusqu'au bout » si elle avait des rapports avec une femme : sa prétendue inversion sexuelle n'est qu'un des aspects divers que peut prendre la honte du sexe et la non-réalisation du sexe (*Obsessions*, 1903, p. 50).

J'ai insisté autrefois sur ce syndrome en l'appelant syndrome de négation ou syndrome de liquidation, d'autres observateurs l'ont appelé syndrome de reniement, M. Schiff emploie le mot de dénégation, M. Hesnard de ségrégation, M. Edouard Pichon propose « syndrome de non-acceptation ». Tous ces mots ont déjà un sens précis et plus restreint que le phénomène à désigner : la négation et la non-acceptation peuvent être des formes particulières de la réalisation : on nie une chose après l'avoir bien réalisée, un homme peut fort bien réaliser qu'il est vieux ou qu'il est malade et ne pas l'accepter, car accepter c'est réaliser avec joie ou avec résignation. Je ne puis pas non plus employer le mot « irréel », car ce mot implique aussi une certaine réalisation : l'objet est mis en dehors du monde considéré comme réel, déclarer irréel est une forme de la réalisation de l'insignifiant. Faute de mieux, il est peut-être plus simple de faire allusion à l'opération défaillante et de dire simplement « *syndrome de non-réalisation* ».

Il est plus important de chercher à comprendre les raisons qui amènent chez certains malades ces non-réalisations. Il ne s'agit pas ici comme chez Kyr. d'un abaissement démentiel qui ne

©BIUM

laisse subsister que les réalisations déjà faites autrefois et qui rend à peu près impossibles les réalisations nouvelles, les sujets dont nous venons de parler ne sont pas déments et réalisent à chaque instant une foule d'autres choses.

Il s'agit comme toujours d'une difficulté spéciale et d'une plus grande dépense de force psychologique dans la réalisation de cet objet particulier. Dans le cas fréquent de la réalisation de l'insignifiant, cette difficulté de l'opération est visible. J'ai discuté avec Meb. sur les cadeaux de sainte Philomène en lui disant que les trois cailloux sur le palier étaient insignifiants. « Mais, répète-t-elle toujours, ces cailloux n'étaient pas à leur place. — J'en conviens, mais tout n'est pas toujours à sa place et comme vous n'êtes pas chargée de balayer l'escalier, cela ne vous regarde pas. — Ces cailloux étaient à *mon* étage, devant *ma* porte, voilà ce qui est important. » C'est là en effet le point délicat : la rencontre de l'objet inhabituel dans un endroit personnel a réveillé le sentiment de la personnalité, et a amené une réaction d'intérêt très puissante, réaction déjà sensibilisée par les croyances antérieures. Faire maintenant la réaction de l'insignifiant, c'est supprimer complètement cette régulation de l'intérêt et la remplacer brusquement par une régulation tout à fait différente, analogue au sentiment du vide. Ce changement est trop difficile pour des malades asthéniques dont les régulations sentimentales ont de la rigidité, de la viscosité, et chez qui une certaine régulation est prédominante depuis longtemps.

Le sentiment de l'étrange n'est pas précis chez eux et n'excite pas seulement l'intérêt comme chez l'homme normal, il se mêle rapidement d'angoisse ou de joie triomphale. Xa. a déjà de l'angoisse en voyant son papier rouge, tandis que je n'ai que de la curiosité en voyant le mien. Il s'agit d'individus inquiets qui ne sont calmes que devant les objets usuels bien à leur place, le moindre désordre qui demande une attention plus grande provoque vite de l'angoisse, car il s'agit d'une action nouvelle probablement épuisante. Le sentiment de l'angoisse comme le sentiment de la joie ne sont plus en rapport avec la réalisation de l'insignifiant et la rendent à peu près impossible. Il est plus difficile de parler de hasard quand on reçoit une tuile sur la tête ou quand on gagne à la loterie. Je m'accuse d'avoir fait plusieurs fois des analyses incomplètes en constatant que certains malades ne pouvaient plus comprendre la notion de hasard. Ce n'est pas toujours la preuve d'un abaissement de la tension psychologique supprimant les tendances supérieures où la notion de hasard, comme celle de liberté, de progrès prennent place, il suffit sou-

©BIUM

vent de certains sentiments violents pour supprimer l'interprétation par le hasard. On observe souvent que des sentiments violents comme les sentiments de tristesse ou de joie qui terminent les actes suppriment la possibilité des sentiments moins forts de l'effort, de l'intérêt, de la fatigue, qui sont des sentiments du début ou de la continuation de l'acte. Quand Madeleine est dans ses états de consolation dans lesquels n'existent que la joie et la régulation de triomphe, elle ne peut pas s'affliger ni même s'intéresser à une malade qui lui vole un de ses papiers et le lit tout haut dans la salle (*De l'angoisse à l'extase,* I, p. 61).

Dans les autres cas, quand on cherche pourquoi des réalisations autres que celle de l'insignifiant ne peuvent pas s'exécuter, il faut se souvenir que chaque réalisation implique des actions présentes et futures, qu'elle contient un ensemble d'ordres que le sujet se donne à lui-même. Il y a là des actes et des actes que les sujets sont incapables d'exécuter, dont ils ont horreur. Irène ne peut envisager qu'elle doit dorénavant agir seule sans toujours obéir à sa mère, qu'elle doit prendre la direction du petit ménage, et, comme faisait sa mère, surveiller le père ivrogne qu'elle déteste. L'amnésie d'Irène n'est qu'une expression de son absence d'adaptation à l'événement. Ceux qui ne réalisent pas la ruine sont ceux qui ne peuvent se représenter sans d'horribles angoisses la nécessité de restreindre les dépenses ou de gagner quelques ressources. Mx. ne veut pas et ne peut pas m'écouter quand je lui conseille de préparer quelques examens pour sortir de sa situation misérable. Tout le délire de Thérèse a comme point de départ l'angoisse qu'elle ressent toujours quand elle pense à la personne qui est sa mère, elle préférerait le suicide plutôt que d'envisager les conduites filiales vis-à-vis de cette personne. En général, ces malades sont des timides peu capables d'adapter leur conduite et leur langage à l'opinion des autres et à la suite de la crise déchaînante, ils ont des angoisses à la simple pensée des actes sociaux qu'impliquerait une réalisation. L'angoisse est une réaction d'écartement, de fuite de l'acte et elle amène par conséquent la fuite de la réalisation qui comprend cet acte.

Quelquefois, ces angoisses sont exprimées clairement : on connaît les manies de liquidation chez ces individus qui tout d'un coup deviennent incapables de conserver une situation que souvent ils ont auparavant cherchée eux-mêmes. Ils ne peuvent plus tolérer d'être associés à un commerçant ou d'être fiancés, ils veulent que tout soit rompu immédiatement et dès qu'ils l'ont déclaré ils considèrent que la liquidation est faite, que l'association n'existe plus, qu'ils ne sont plus fiancés et cela sans égard

©BIUM

pour rien, ni pour personne (*Médications*, II, p. 99). « Il s'agit d'une sorte de fugue d'une situation à rapprocher des fugues d'un endroit qui les pousse à partir d'ici tout de suite pour aller n'importe où, pourvu qu'on ne soit plus ici. » J'ajouterai aujourd'hui qu'il y a là un dernier effort pour supprimer une tentative de réalisation devenue trop angoissante.

D'autres malades non seulement ne font pas l'acte de croyance nécessaire à la réalisation, mais ne peuvent même pas exprimer verbalement la situation et sont arrêtés avant la dénomination. « Pour eux, on crée le mal rien qu'en en parlant, ils ne peuvent pas prononcer ni entendre prononcer les mots : « mort, cancer, ni même radium », ils ont des rages quand on prononce les mots défendus et ils les ont eux-mêmes supprimés. »

Enfin, il y a des malades qui arrivent pour ainsi dire à la perfection dans la non-réalisation, car ils ne font plus aucune allusion ni à la formule verbale qui exprime l'événement supprimé ni à l'angoisse qui les arrête : pour eux, l'événement ou même la fonction semble n'avoir jamais existé. C'est là ce qu'on observe en particulier dans la forme hystérique de la non-réalisation ; c'est là ce que j'ai essayé d'expliquer quand je montrais que les doubles personnalités ne sont que la forme hystérique du phénomène banal de la dépression périodique (1).

Mais dans tous ces cas le mécanisme est au fond le même, c'est une angoisse plus ou moins visible qui amène la fugue de l'acte, la suppression de la croyance et même de la dénomination. Bien entendu, l'habitude ne tarde pas à jouer son rôle et la non-réalisation devient constante et plus ou moins automatique.

7. Les obsessions de réalisation

En général quand on ne peut pas réaliser certains faits tels qu'ils ont été perçus, on se borne à renoncer à cette réalisation qui n'est pas toujours nécessaire. Ce sont des faits que nous nous bornons à formuler par le langage, mais que nous ne cherchons pas à comprendre, c'est-à-dire que nous ne rattachons aucune pomesse, aucune croyance, aucune organisation de vie à ces formules qui restent pour nous comme vides et qui sont le plus souvent vite oubliées. Nous savons vaguement que les astronomes parlent d'une extension indéfinie de l'univers : si nous ne sommes pas professeurs d'astronomie, si nous n'avons ni cours,

(1) Une Felida artificielle, *Etat mental des hystériques*, 1911, p. 545, 3e édit., 1931, p. 95.

©BIUM

ni livre à faire sur ce sujet, nous exprimons vaguement l'idée sans avoir d'opinion, sans rien réaliser. C'est ce que font ou ce qu'essayent de faire les malades pour certaines idées qu'ils ne peuvent pas réaliser.

Mais cette attitude n'est pas toujours possible, puisque nous vivons dans une société où toutes les relations sont fondées sur le langage et sur un grand nombre de croyances. Nous pouvons ne pas avoir de croyance nette sur l'expansion de l'univers, parce qu'il n'y a pas de conduite sociale commune qui en dépende, mais nous ne pouvons pas rester indéfiniment dans l'ignorance de la vie ou de la mort de nos proches avec qui nous vivons, de la bienveillance ou de l'hostilité de nos voisins. Une femme ne peut pas dire indéfiniment qu'elle n'a pas de mère et une jeune fille qui ne peut pas réaliser que sa mère est morte finit par être conduite à l'hôpital. Il n'est pas toujours nécessaire d'attendre les protestations des hommes, chacun de nous a l'habitude de régler sa vie par certaines réalisations, et quand il n'est plus capable de les organiser, il souffre de leur absence.

Le premier trouble et le plus simple que va déterminer cette non-réalisation intolérable va être comme toujours une réaction d'accélération, une réaction d'effort. Le sujet va fixer son attention sur la formule verbale et va chercher à évoquer toutes les idées qui peuvent s'y rattacher, tous les sentiments qui peuvent amener la croyance afin de la réaliser d'une manière quelconque. Cet effort d'attention et de méditation est déjà fâcheux, car il va rendre difficile la réalisation de l'insignifiant qui serait souvent la meilleure. On a bien de la peine à affirmer l'insignifiance d'une expression sur laquelle on a fixé une attention inquiète.

Ce qui est plus grave, c'est que chez ces individus asthéniques cet effort va souvent se montrer tout à fait impuissant et que le sujet déjà fatigué ne saura pas le suspendre, mais va le répéter et l'intensifier indéfiniment. Nous arrivons à *l'obsession* qui joue un si grand rôle dans la jeunesse des malades qui parviennent plus tard aux interprétations et au délire. Les obsessions sont précisément caractérisées comme des manies d'effort, comme des persévérations d'un effort impuissant sans cesse éveillé par tous les sentiments d'incomplétude (*Obsessions*, 1903, I, p. 254, 589 ; *De l'angoisse à l'extase*, II, p. 146, 198). On ne peut à ce propos rappeler un meilleur exemple que celui de l'état de tentation chez Madeleine. Les interrogations sur l'orthodoxie d'une croyance, sur la valeur morale de sa pauvreté, sur sa mission, sur le voyage à Rome sur la pointe des pieds, sur la moralité de ses relations avec Dieu sont des types de ce genre de recherches

©BIUM

actives indéfiniment prolongées. J'ai cité autrefois une femme Th. qui, après une querelle avec son mari, ne pouvait plus réaliser qu'elle continuait à aimer son enfant venant d'un tel père : « Il n'est peut-être pas, écrivait-elle, de souffrance aussi horrible que la mienne. Je voudrais aimer ma fille, je l'ai aimée, adorée, et maintenant je me demande si cela est encore possible, si j'ose m'exprimer ainsi, je la hais. Oh ! ne me méprisez pas pour cela, je me rends compte que ce ne sont pas les sentiments d'une mère, je tâche de les repouser, mais je n'y parviens pas. Au contraire, cette haine semble s'enraciner dans mon cœur. » Heureusement le problème a été résolu par une réconciliation avec le mari et la réalisation de l'amour pour l'enfant est redevenue facile.

Les troubles déterminés par des « réminiscences traumatiques » après des événements émotionnants et mal assimilés sont le plus souvent des obsessions de réalisation. « Tous ces malades semblent arrêtés dans l'évolution de leur vie, ils sont accrochés. L'événement que nous appelons traumatique a créé une situation à laquelle il faut réagir, c'est-à-dire à laquelle il faut s'adapter par une modification du monde extérieur et de nous-mêmes. Or, ce qui caractérise tous ces malade accrochés, c'est qu'ils n'ont pas liquidé la situation difficile. » Nous dirions aujourd'hui qu'ils n'ont pas réalisé (*Médications psychologiques*, II, p. 272).

L'observation suivante me paraît très intéressante quoiqu'elle présente encore pour moi des obscurités, parce qu'elle nous montre bien le passage de la non-réalisation à l'obsession et parce qu'elle nous montre les difficultés qui dans l'obsession déterminent la prolongation indéfinie de l'effort. Nicole, f., 37, était une jeune fille d'un milieu relevé, intelligente, bien élevée et en réalité très morale, mais asthénique, impulsive, scrupuleuse avec un grand besoin de direction et d'excitation. A l'âge de 24 ans, elle est devenue amoureuse d'un écrivain de quelque célébrité dont elle voyait les photographies dans les vitrines et dont elle avait lu quelques livres « bien pleins de sentiment ». Elle a eu des entrevues avec ce personnage qui a abusé d'elle, sans qu'elle lui opposât la moindre résistance. Nous avons déjà souvent décrit ces femmes qui trouvent insignifiant de payer de leur personne la direction dont elles ont tant besoin ; mais il faut remarquer qu'ici il n'y a eu aucune réflexion et qu'elle s'est abandonnée « sans penser à rien ». Les relations une fois commencées se sont prolongées pendant une année entière à l'insu de tous, puis la pauvre fille a été renvoyée assez brutalement.

Ce renvoi a déterminé une crise de dépression mélancolique

©BIUM

assez grave que la famille a soignée sans y rien comprendre. Il y avait un peu d'agitation au début, ce qui a déterminé quelques masturbations qui ont cessé assez rapidement, des crises de pleurs et de gémissements bruyants pendant des journées entières, des palpitations de cœur, que l'on a prises pour le symptôme le plus grave et qui n'ont eu aucune conséquence, mais surtout des angoisses horribles dès qu'elle pensait à son abandon, à son isolement moral et surtout à la figure de son amant.

Puis le calme est revenu au moins en apparence : Nicole reprit sa vie ordinaire sans parler de son aventure à personne et même sans en parler à elle-même. En effet, elle est stupéfaite elle-même quand elle évoque le souvenir de ce passé, quand elle se souvient de son indifférence, de sa tranquillité, de son absence totale de réflexion, de regret à propos d'une aventure si grave dans la vie d'une jeune fille de son milieu, de cette sorte d'oubli à peu près complet pendant plus de dix ans : « Elle n'y pensait jamais, comme si cela n'avait pas existé et pourtant ! » Elle s'est mariée six ans après sans se demander si elle devait avouer l'histoire à son fiancé : « La question ne s'est même pas posée..., rien ne me touchait, j'étais donc hors de moi... Je n'étais donc plus la même personne... Comment ai-je donc pu faire des choses pareilles pendant un an sans m'en apercevoir, sans les regretter, sans m'en souvenir ? »

Un changement radical vient de survenir il y a un an, deux mois après le troisième accouchement. Cet accouchement a été difficile et il est survenu au milieu de deuils et de circonstances pénibles. Il a été cependant normal et n'a été suivi d'aucun état infectieux. Mais deux mois après a commencé un état dépressif probablement analogue à celui qui a suivi la rupture, des tristesses, des crises de pleurs interminables, des insomnies, des troubles digestifs et une constipation opiniâtre. Pendant de courtes périodes d'abord, quelques jours avant les règles, puis d'une manière continue sont ressuscités tous les souvenirs relatifs à l'aventure arrivée à l'âge de 24 ans. Cette fois, il ne s'agit plus d'angoisses qui arrêtent la représentation de l'individu et des visites chez lui : tous les détails de l'histoire réapparaissent avec netteté et sans efforts. Mais il s'agit du côté social et moral de l'aventure dont Nicole ne s'était jamais préoccupée, ni pendant les relations ni après la rupture. « Je ne prenais aucune précaution, comment n'est-il rien arrivé, comment n'y a-t-il eu aucun scandale ? » Elle éprouve « une grande honte et des remords comme si j'avais tué quelqu'un », elle éprouve un sentiment d'indignité et de souillure ineffaçable : « J'ai le dégoût

©BIUM

de mon corps qui a été capable de faire tout cela. » Mais surtout, elle s'interroge indéfiniment « pour comprendre ce qui s'est passé, car c'est tout à fait inexplicable. Comment n'ai-je fait aucune résistance, comment n'ai-je eu aucune crainte, comment après avoir été mise à la porte n'ai-je eu aucune honte, aucun regret, aucune inquiétude, je ne peux pas me comprendre moi-même et c'est nécessaire pour vivre. Suis-je donc indigne de vivre ? » Dès le début, elle a tout raconté au mari qui a été très bon et qui a tout essayé pour la calmer. Mais elle l'accable de questions insolubles : « Le passé est-il irréparable, inéluctable, peut-on supprimer le passé, faire qu'une chose n'ait pas été ? » Et elle continue à discuter tous ces problèmes au milieu de ses pleurs interminables.

Nous observons donc chez cette malade deux crises de dépression avec des symptômes assez analogues à propos du même événement ; mais ces deux crises si on les considère au point de vue de la prise de conscience de l'événement ont des résultats fort différents. La première que je fais commencer un peu avant la séduction aboutit à une non-réalisation qui se prolonge pendant douze ans, la seconde à 35 ans supprime cette non-réalisation et la remplace par un effort obsédant de réalisation. Cette évolution n'est pas facile à comprendre et je regrette d'être obligé de présenter l'interprétation d'une manière encore bien hypothétique sans donner assez de faits précis.

La première crise avait déjà débuté à 23 ans, car la famille avait déjà conduit la malade chez un médecin à cause de sa maigreur (elle avait perdu 10 kilos en quelques mois), de son manque d'appétit et de sa tristesse ; des fiançailles rompues à ce moment avaient encore joué un rôle. C'est pourquoi la malade en quête de soutien s'est laissée tomber dans les bras du séducteur sans aucune réflexion, l'esprit présentant déjà une sorte de rétrécissement. La rupture a aggravé la crise déchaînante en renversant les sentiments d'amour. Ceux-ci sont devenus des sentiments d'angoisse à la seule pensée de cette aventure et la non-réalisation s'est constituée. Il ne faut pas croire que Nicole pendant ces dix années de non-réalisation en apparence complète ait été tout à fait bien portante ; elle a eu de temps en temps des peurs de mourir subitement, des peurs de se précipiter par la fenêtre, des périodes assez longues d'agoraphobie avec refus de sortir seule. On peut se demander si ces petits accidents n'étaient pas en relation avec le souvenir subconscient, c'est-à-dire le souvenir resté à un stade psychologique inférieur, non réalisé.

La seconde crise en rapport avec le troisième accouchement, et

©BIUM

des situations morales pénibles rappelle les souvenirs de la première et évoque la représentation de l'aventure, mais les conditions ne sont plus les mêmes. Nicole n'aime plus du tout son ancien amant et l'angoisse ne provoque plus le renversement des sentiments. Aussi la malade est-elle beaucoup plus capable que dix ans auparavant de réaliser l'aventure et elle cherche à le faire en la racontant au mari et à elle-même en essayant de construire une croyance à ce propos et de lui donner une place dans l'histoire de sa personnalité. Mais ce n'est pas facile car Nicole dont l'esprit n'est plus aussi rétréci a retrouvé toutes ses idées morales de prudence, d'honnêteté, et même de devoirs religieux et comment concilier toutes les conduites précédentes avec ces idées ? Nicole est bien incapable de comprendre qu'elle a déjà été malade, il y a douze ans, et que les bizarreries de sa conduite sont des troubles pathologiques : elle s'entête à vouloir concilier sa conduite passée avec ses sentiments actuels et comme le problème est insoluble, son effort perpétuel et sans issue détermine la crise d'obsession.

Quoi qu'il en soit de ces détails, nous pouvons retenir de ces études une chose importante, c'est que la non-réalisation est souvent une situation instable qui devient difficilement définitive et qu'elle est souvent le point de départ d'obsessions interprétatives avec effort pour amener la réalisation nécessaire.

8. La substitution et l'interprétation

Dans la réalisation d'un événement, il y a deux termes à concilier, d'un côté le récit de l'événement et de l'autre la personnalité du sujet avec ses habitudes, ses croyances, tout son caractère. Les obsédés scrupuleux cherchent à obtenir la conciliation par des transformations du second terme en considérant leurs propres intentions, leur responsabilité, leur culpabilité, en s'efforçant de se modifier eux-mêmes par des remords, des résolutions. Mais le rapprochement des deux termes ne peut-il pas se faire aussi en insistant sur le premier, en transformant le récit pour le rendre plus aisé à assimiler.

C'est ce que j'essayais de faire autrefois par la dissolution des souvenirs traumatiques, en essayant par exemple de changer la représentation de la figure tant regrettée (*Médications*, 1919, II, p. 288). C'est ainsi que je cherche encore à modifier les obsessions de Nicole en lui présentant son histoire à ma manière, en lui montrant que les bizarreries de sa conduite ont été pathologiques : sans doute cette transformation du récit n'est pas agréable,

©BIUM

car elles lui montrent qu'elle est une malade, mais cela diminue beaucoup le sentiment de responsabilité et l'empêchent de se réaliser comme une criminelle. Cette façon de présenter les choses est chez moi une interprétation, car je rattache cette histoire à des analyses de symptômes, à des relations de déterminisme, à des systématisations de bien d'autres observations. Mais je n'ai pas la prétention de faire comprendre par Nicole les théories de l'asthénie psychologique et de lui faire prendre conscience de toutes ces relations. Il n'y a chez elle qu'un autre récit de son aventure, présenté avec quelque autorité et un peu par le procédé de la suggestion et le changement du récit n'est plus chez elle qu'une *substitution*.

Les obsédés scrupuleux protestent : « Oh ! si ce n'était pas arrivé de cette manière. Oh ! s'il avait été plus convenable, mieux élevé, si j'avais été plus réservée, si j'avais réfléchi un peu. Mais il est impossible de changer ce qui a été, le passé est définitif, inéluctable, il est ce qu'il est. » Théoriquement oui, au point de vue philosophique : nous avons sur le passé une foule d'idées bizarres qui dérivent probablement de nos conduites vis-à-vis des morts. Nous disons à la fois que le passé n'existe plus, qu'il n'est plus rien et en même temps qu'il est absolument fixé sous une forme définitive, ce qui est passablement contradictoire. Mais ce passé-là n'est pas connu en lui-même et nous ne pouvons pas nous y transporter pour vérifier ce qu'il est. Le passé n'est représenté que par notre récit : « L'acte de raconter est une opération de langage tout à fait indépendante de l'attitude que nous avions en présence de l'événement. » (*Médications*, II, p. 273) et ce récit n'a que des prétentions assez vagues à l'exactitude ; la notion de la vérité historique est très tardive et ne joue qu'un rôle infime dans nos récits ordinaires. Il y a bien des récits même avec prétentions historiques qui changent, qui sont vrais à une époque et faux à une autre. Les premiers récits des enfants comme des primitifs sont remplis d'erreurs et de fabulations.

Cela se comprend fort bien si l'on songe au rôle primitif du récit qui a été d'abord une simple transmission des ordres pour permettre aux absents d'obéir aux ordres du chef, comme s'ils avaient été présents. Puis le récit cherche à faire naître chez ceux qui avaient été absents les mêmes sentiments qu'ils auraient éprouvés s'ils avaient été présents à l'événement. Les poètes qui chantent l'*Iliade* fabulent perpétuellement pour faire éprouver aux auditeurs les mêmes émotions qu'ils auraient eues s'ils avaient assisté à la colère d'Achille ou à la mort de Priam. « L'enfant qui est tombé en l'absence de sa mère prépare une belle

©BIUM

histoire qui fera gémir sa mère et la forcera à le consoler ; si son histoire ne réussit pas, il est furieux et il la perfectionne (*Evolution de la mémoire,* 1928, p. 280, 265).

Le problème de la construction du récit consiste donc à organiser une histoire qui puisse bien jouer son rôle, qui corresponde bien aux sentiments du narrateur et des auditeurs. Quand il s'agit d'une réalisation difficile, la construction du récit doit précisément tenir compte à la fois des conduites perceptives qu'il s'agit d'évoquer et de l'état mental des individus pour lesquels le récit est fait. Le malade cherche à exprimer et à réaliser ses propres sentiments et à apitoyer les autres en faisant naître chez eux des sentiments correspondants : il y a là tout un travail d'invention et d'organisation. Ce travail est bien étudié dans le livre de M. Claparède (de Genève) aussi important pour les psychiatres que pour les psychologues (1).

M. Claparède veut étudier d'une manière expérimentale la formation de l'hypothèse, la formation de l'idée ou plutôt de la formule verbale qui doit répondre à certaines conditions particulières. Il propose à ses sujets de petits problèmes fort curieux : pour ne prendre qu'un exemple, je rappelle le problème des légendes à placer sous des images. On connaît ces images que nous appelons souvent en France des images d'Epinal : une histoire est racontée par une série d'images juxtaposées qui en relatent chacune un épisode. Quand on a sous les yeux toute la série on comprend très bien de quoi il s'agit, le plus souvent d'ailleurs une petite légende au bas de chaque figure permet de les réunir toutes dans une même histoire. Mais M. Claparède ne donne au sujet qu'une petite partie de ce tableau, deux images seulement, la première et la dernière par exemple, il lui demande de deviner toute l'histoire et d'écrire la légende.

Les résultats obtenus sont très instructifs : les hypothèses proposées sont nombreuses et très différentes les unes des autres. Souvent un sujet propose d'abord une histoire, puis il se ravise et en propose une autre. Tantôt ces solutions sont cherchées lentement, tantôt elles apparaissent subitement à l'esprit « sans que l'on sache d'où elles viennent ». L'auteur étudie *l'invention* de ces diverses histoires et présente des réflexions très profondes sur la fécondité créatrice de l'esprit « qui sait accepter un risque ». Il y a dans l'esprit une puissance de création nouvelle que la plupart des théories essayent bien de dissimuler mais qu'elles sont loin de pouvoir expliquer. On peut rapprocher un

(1) CLAPARÈDE, *La genèse de l'hypothèse,* 1934.

©BIUM

livre également remarquable « *Pensée et recréation,* 1935 » de M. Philippe Fauré-Frémiet qui nous montre dans l'action de l'être vivant une création et une recréation perpétuelle.

Puis M. Claparède insiste sur une autre opération également bien visible dans ses expériences, le *tâtonnement*. L'histoire, dès qu'elle est inventée, est confrontée avec les détails des figures qui ont été montrées. Elle est soumise aux lois de l'implication : « Si ce phénomène est pensé comme donné, cet autre phénomène doit être aussi considéré comme donné » ; enfin, il faut surtout que l'histoire soit d'accord avec une sorte de consigne, avec un sentiment général qui semble devoir caractériser toute l'histoire : « Il faut que l'histoire soit drôle, mon histoire n'est pas drôle, donc elle n'est pas bonne et je dois en chercher une autre. » Le tâtonnement permet de vérifier à chaque moment si l'hypothèse répond bien à ces conditions.

Si je ne me trompe, la situation de nos malades en quête d'une formule susceptible d'être réalisée par eux est tout à fait comparable à celle des sujets de M. Claparède. Ils ont bien assez d'activité psychologique et de fécondité pour inventer des histoires diverses : quelquefois ils paraissent les chercher et les perfectionner peu à peu, souvent ils les sentent apparaître tout d'un coup à leur conscience. Mx. invente un nouveau chapitre de l'histoire de sa naissance après chacune de mes objections. Thérèse remarque en passant une boutique de chapelier qui porte la réclame : « Fournisseur de la Cour », elle conclut immédiatement : « C'est un coup de chapeau du roi mon père. » Quand cette floraison d'invention se ralentit et quand le délire s'immobilise, c'est en général un signe d'affaiblissement grave de l'esprit.

Le tâtonnement qui essaye d'adapter ces inventions aux conditions du problème est aussi bien visible. En fait les malades les plus délirants interprètent avec une certaine prudence et tiennent compte plus qu'on ne le croit des données de la perception. Leur interprétation n'est pas tout à fait arbitraire : à propos d'une ficelle trouvée par terre ils ne parlent pas d'une promenade dans la montagne, mais ils parlent d'un étranglement où il est encore question de corde. Quand ils parlent du sang de la guillotine à propos d'un papier rouge, ils tiennent compte de la rougeur du papier. Quand le sujet ne peut pas réaliser sa famille et sa mère, c'est encore une famille qu'il se construit avec une autre mère. Med. qui m'appelle Raoul refuse de donner ce nom à un objet quelconque ou simplement à une infirmière : elle ne l'applique qu'à des hommes et encore à des hommes qui lui plaisent.

Ce qui est particulièrement important, c'est que ce récit subs-

©BIUM

titué s'adapte beaucoup mieux aux dispositions sentimentales du sujet et lui permet de faire la réalisation qui était autrement impossible. Les sujets de M. Claparède avaient besoin d'une histoire drôle, Xa. quand elle cherche à réaliser la rencontre de son papier rouge ne peut pas faire la réalisation de l'insignifiant, il lui faut, pour réaliser une histoire lugubre, le sang de la guillotine qui va permettre la réalisation. Thérèse ne peut pas réaliser que sa mère légale soit sa mère psychologique, la femme vis-à-vis de laquelle elle se représente des conduites filiales, la reine délicieuse qu'elle imagine s'accorde beaucoup mieux avec ses désirs de protection et de grandeur. Le maître d'études Mx. qui ne peut pas réaliser sa situation misérable et la nécessité de travailler pour vivre imagine des parents immensément riches et décédés qui lui laissent leur fortune, c'est une histoire qui correspond bien mieux à ses sentiments et qui peut devenir objet de croyance.

Madeleine interprète perpétuellement, c'est-à-dire qu'elle substitue aux faits perçus une formule adéquate à l'état dans lequel elle se trouve. Elle est horriblement inquiète sur l'orthodoxie de sa religion personnelle et sur le jugement que l'Eglise peut porter sur ses croyances : quand elle revient de la messe, elle me raconte en les transformant complètement les paroles du prédicateur (*Ang. à l'extase*, I, p. 138). A plus forte raison est-elle forcée d'interpréter quand il s'agit de phénomènes déjà anormaux. Elle ressent pendant l'extase un sentiment de bonheur extraordinaire, une réaction de triomphe perpétuelle et en même temps une inactivité complète qui est bien anormale avec la réaction de triomphe. Peut-elle faire une théorie sur les sentiments de béatitude et va-t-elle comparer son état au kief de l'opium ? Evidemment non : elle va substituer à ce récit trop complexe, la représentation d'une vie divine avec les pouvoirs et les félicités de la divinité, ce qu'elle réalise beaucoup mieux. « C'est une vie céleste, un avant-goût du bonheur pour lequel l'homme a été créé et qui l'attend au ciel. » (AE, I, p. 127).

Quand elle éprouve deux sentiments simultanés, le sentiment d'inquiétude sociale et le sentiment de protection spéciale, elle juxtapose deux interprétations. Madeleine nous raconte qu'elle a vu sur une table une bouteille de vin et un verre et qu'ensuite cette bouteille est tombée et s'est cassée : elle éprouve devant ces faits un sentiment de l'étrange et ne peut pas faire la réalisation de l'insignifiant : « On voulait m'empoisonner, dit-elle, en pensant que j'aurais envie de boire ce vin ; mais la Providence a jeté ce vin par terre pour me sauver, il était temps. » (AE, I, p. 488). J'ai déjà fait remarquer que ses interprétations

©BIUM

changent quand les sentiments se modifient. Madeleine dans ses extases a au plus haut degré le sentiment d'intellection, elle comprend tout et elle est convaincue qu'elle comprend très bien le mystère de la Sainte Trinité. Elle me donne à ce moment un petit dessin qui représente les trois personnages emboîtés les uns dans les autres, c'est-à-dire qu'elle substitue à la formule du mystère une image facilement intelligible. Un peu plus tard, quand elle est bien revenue à son état normal, je lui présente de nouveau son image et son interprétation, elle ne l'accepte plus du tout et dit que cela ne signifie rien, nous retombons dans l'insignifiant (AE, I, p. 117, 119).

La conception si bizarre des Sosies est déjà une substitution du même genre. « Pourquoi Clarisse gratifie-t-elle ses gardes, ses médecins et souvent elle-même d'un Sosie pratiquement indiscernable ? C'est parce qu'elle a à propos de ces personnages deux sentiments opposés difficilement conciliables dans la réalisation : ses sentiments de scrupule et de crainte de l'action les ont fait considérer comme des personnages terribles, mais, d'autre part, elle les connaît bien et les aime bien. Comment sa garde honnête et dévouée peut-elle être cette Apache obscène et cruelle ? Eh bien, ce sera seulement le Sosie de la garde qui sera l'Apache et à d'autres moment la garde restera elle-même. » (AE, I, p. 379).

En résumé, on pourrait dire avec M. Dromard : « L'interprétation délirante est une interférence d'un percept exact avec un concept erroné par l'intermédiaire d'une association affective » (1) ou peut-être : l'interprétation pathologique est la substitution au récit ordinaire de l'événement perçu d'un autre récit plus personnel, plus conforme à l'état sentimental du sujet pour en faciliter la réalisation.

Cette substitution si satisfaisante au point de vue des sentiments du sujet et de l'organisation de sa conduite personnelle présente malheureusement de gros inconvénients au point de vue de la conduite sociale. Il ne suffit pas dans les expériences de M. Claparède que le sujet trouve lui-même drôle l'histoire qu'il a inventée, il faut encore qu'il se sente d'accord avec les sentiments des autres et s'il reconnaît que les autres ne trouveront pas son histoire drôle, il doit la sacrifier. Il n'est pas du tout certain que les autres hommes vont avoir en présence du papier rouge, de la ficelle ou des trois cailloux les mêmes sentiments d'horreur, de crainte ou de joie que le sujet a éprouvés. C'est cette considération qui chez l'homme normal condamne les substi-

(1) Cité par M. LACAN, *Psychoses paranoïaques*, p. 55.

©BIUM

tutions de ce genre : comment et pourquoi les malades suppriment-ils cette opposition probable de la société à leurs réalisations trop faciles ?

Les malades ont eux-mêmes le sentiment de cette difficulté beaucoup plus qu'on ne le croit : j'ai souvent remarqué que, surtout au début, les malades hésitent à exprimer devant moi et à affirmer leurs substitutions les plus étranges, ils ont à ce moment un certain sourire faux, comme s'ils s'attendaient à la raillerie et comme s'ils prenaient les devants. Ils prennent souvent des précautions pour ne pas trop choquer les croyances des autres, ils placent autant que possible leur réalité dans une situation où elle puisse échapper aux objections. Il n'est pas facile de discuter le délire religieux de Madeleine : son Dieu par définition est invisible aux hommes ordinaires et je ne puis pas me plaindre si je ne vois rien. Ce Dieu est tout-puissant et il peut à son gré changer l'ordre de la nature et les lois de la raison. « Vous ne comprenez pas, tant pis : vous figurez-vous que Dieu ait besoin d'être compris par M. Janet ? » Voilà une croyance bien à l'abri des discussions indiscrètes (AE, I, p. 502).

On a souvent remarqué que les interprétateurs sans supprimer les perceptions ordinaires y ajoutent des faits qu'ils placent non dans les actions extérieures des hommes, mais dans leurs intentions ou dans leurs idées. Si j'avais été présent, j'aurais entendu comme Vka. la visiteuse dire : « Viens donc ma cocotte » et rien de plus. Mais la malade ajoute que la visiteuse s'adressait à une poule et qu'elle avait dans l'esprit l'intention de lui voler une poule. Comment pourrons-nous vérifier ou discuter l'existence de cette idée. La malade pourra toujours se défendre en parlant de mensonge, de mauvaise intention dissimulée : « C'est par le mensonge, dit très bien M. Lacan, que ces malades composent avec le sens qui leur reste de la réalité. » (1).

Une autre précaution très intéressante sur laquelle j'ai déjà insisté est que les interprétateurs réalisent les faits qu'ils substituent dans un passé lointain : puis-je savoir facilement si dans cette ville éloignée, il y a trente ans, cette belle dame a été la maîtresse du riche banquier, si elle a fait à la campagne un accouchement clandestin, il n'est pas probable que j'entreprenne cette enquête difficile. (L'hallucination, *Revue philosophique,* mars 1932).

Comme nous ignorons tant de choses, il est facile d'utiliser les idées de mystère, de puissances inconnues que nous ne pouvons

(1) LACAN, *op. cit.*, p. 239.

©BIUM

pas nier absolument. En décrivant les extases, j'ai été amené à dire que certaines idées religieuses jouaient dans ce syndrome un rôle indispensable : j'arrive de même à penser qu'il en est de même dans les délires d'influence. Les démons, les petits gnomes, les forces inconnues jouent un rôle nécessaire, ces notions satisfont le sentiment de l'étrange et permettent une objectivation sociale difficile à contredire. Enfin, quand le malade avec un air innocent nous demande de lui indiquer un bon critérium pour distinguer toujours ce qui est souvenir et ce qui est imaginaire, il va nous mettre dans l'embarras. Tous les vides de la science physique et de la psychologie vont offrir des refuges pour la réalisation de la représentation substitutive.

Malgré ces précautions et ces refuges, la croyance de l'interprétateur ne nous satisfait pas et nous réclamons toujours des manifestations vérifiables de ces intentions et de ces pouvoirs diaboliques, si on ne nous les fournit jamais, nous déclarons leur supposition insignifiante. C'est que nous sommes dressés à n'accepter que des croyances susceptibles d'être universalisées par des raisonnements soumis à des règles communes ou par des perceptions accessibles à tous. D'ailleurs, le malade ne tarde pas à commettre des imprudences en plaçant ses réalisations dans un passé plus récent ou même dans un présent dangereux. C'est la tendance à l'hallucination qui est toujours latente chez l'interprétateur et qui affleure de temps en temps, quand la croyance devient encore plus anormale : « Quand on accorde au langage la plus grande croyance possible, on transforme toute parole en parole entendue réellement et prononcée par les autres, croire brutalement sa propre pensée, c'est-à-dire son langage intérieur, c'est le transformer en paroles entendues et lui donner l'apparence d'une hallucination de l'ouïe (AE, I, p. 376). »

De quoi dépend cette altération de la croyance et de la critique ? Il faut admettre pour une part un certain abaissement de la tension psychologique en rapport avec l'état émotif qui ne permet qu'une forme de croyance inférieure à la place de la croyance réfléchie. Le sujet, quand il est émotionné par certains faits, retourne à la croyance sentimentale du primitif et de l'enfant qui croit uniquement ce qu'il désire ou ce qu'il redoute sans pouvoir suspendre la croyance par les procédés de la réflexion.

Mais cette forme de la croyance n'est pas chez ce malade le résultat immédiat de l'abaissement de la tension, comme je l'ai décrit dans le délire psychasthénique, car il est souvent capable d'une croyance réfléchie sur d'autres questions. Cet abaissement de la croyance uniquement sur certains points me paraît secon-

©BIUM

daire à l'altération des conduites sociales. Il est évident qu'une malade comme Nicole que nous venons d'étudier à propos des obsessions de réalisation est fort différente de Thérèse qui a un vrai délire d'interprétation. Non seulement l'une s'accuse elle-même tandis que la seconde accuse les autres, ce qui dépend des sentiments qui amènent la subjectivation ou l'objectivation sociales, mais, ce qui me paraît essentiel, Nicole n'a pas d'altération de ses conduites sociales, elle conserve le récit social des événements : si nous avions été témoins de son aventure, nous ne la raconterions pas autrement qu'elle. Tandis que Thérèse qui a des troubles de la conduite sociale n'a pas conservé un récit que l'on puisse appeler social. Elle ne tient aucun compte du témoignage des autres, elle raconte uniquement à sa manière : sa famille et ses amis qui ont assisté aux événements de sa jeunesse ne racontent pas du tout de la même manière et cette opposition ne l'inquiète aucunement.

Nous revenons à cette asthénie sociale qui nous a paru fondamentale dans tous ces délires sociaux, à cette asthénie sociale constitutionnelle ou acquise qui a fait les timidités, les obsessions sociales, les objectivations intentionnelles et les sentiments d'emprise avant de faire les interprétations pathologiques. Le malade de ce genre a cessé depuis longtemps d'être complètement un homme social, il fait mal les conduites sociales, il a à leur propos des régulations pathologiques. Actuellement, il ne sait pas chercher l'accord social des croyances et des réalisations de même que nous l'avons vu incapable de faire les jeux en commun, les collaborations, la constitution des groupes des familiers, etc... Kj., par exemple, ne semble pas concevoir qu'il existe des êtres humains en dehors d'elle qui puissent avoir leurs sentiments et leurs intérêts, car elle ne peut rien percevoir sans le rattacher entièrement à elle-même. Elle vit isolément, il n'est pas étonnant qu'elle croie isolément, qu'elle ait oublié les règles qui adaptent nos croyances à celles des autres : ses interprétations et ses réalisations ne sont qu'une forme de son absence d'adaptation sociale. C'est ainsi que ces études sur les interprétations considérées comme des réalisations de substitutions personnelles nous amènent aux mêmes conclusions que les chapitres précédents sur les délires proprement dits.

Quand on essaye d'appliquer à la psychiatrie les études de psychologie, il faut se méfier d'une psychologie trop intellectualiste qui a été longtemps prédominante. Le mot même d'interprétation que j'ai conservé en partie pour me conformer à l'usage

©BIUM

évoque l'idée de relations, de signification, de causalité et donne au symptôme une apparence trop intellectuelle. Ce mot se rattache à la théorie des délires considérés comme une explication que le malade donne aux autres et à lui-même, ce qui est bien inexact. Il faut dans l'étude des troubles mentaux faire une place plus grande à la notion de mécanismes psychologiques du stade élémentaire ou du stade moyen, inférieurs aux raisonnements et aux systèmes scientifiques. C'est pourquoi j'ai insisté dans cette étude sur la réalisation dont les troubles jouent un grand rôle dans les interprétations pathologiques.

©BIUM

LES FONCTIONS VISUELLES DE L'AVEUGLE NÉ OPÉRÉ

PAR

G. WEILL et C. PFERSDORFF

Les fonctions visuelles de l'aveugle né opéré ont fait l'objet d'une étude approfondie de la part du docteur von Senden de Kiel. Cet auteur a réuni tous les cas de la littérature, à partir du XVII[e] siècle jusqu'à nos jours. Il ne s'agit en tout que de 66 cas qui soient utilisables au point de vue psychopathique. Nous aurons à étudier les résultats que von Senden a constatés par ses propres observations et par celles de la littérature après l'exposé d'un cas personnel. Soit dit dès maintenant que l'attitude psychique des opérés est tout autre que ne l'admet la tradition populaire et artistique. Les opérés ne commencent nullement par entonner « l'hymne au Soleil » ni par prendre des attitudes de miraculés en extase tels qu'on peut les observer dans toute l'iconographie concernant notre sujet : à partir des miniatures, vitraux et fresques murales du moyen âge jusqu'à la lithographie de 1830 montrant Dupuytren qui présente une opérée de la cataracte au roi Charles X. L'acquisition des fonctions visuelles ne se fait que lentement et péniblement et tous les opérés qui ne disposent pas de la tenacité d'intention que demande cette acquisition sont voués à l'échec.

La malade que M. le professeur Weill (1) a bien voulu nous adresser a été examinée par nous de nombreuses fois (15) à partir du 6 décembre 1934. Nous donnons ici séparément l'état des différentes catégories de fonctions, mais en réunissant les résultats d'une grande partie des examens : ce résumé n'a rien d'artificiel vu que l'état de l'opérée a été, après les premiers progrès, longtemps stationnaire, les

(1) Nous sommes sincèrement reconnaissants à M. le professeur Weill de nous avoir rendu possible l'observation psychiatrique du cas et de nous avoir indiqué la littérature concernant le sujet.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV[e] SÉRIE, 93[e] ANNÉE, T. II. — Octobre 1935.

©BIUM

résultats d'examen n'ont présenté un changement que vers la fin de l'observation.

Il s'agit d'une fillette de 11 ans, élève de l'Institut d'aveugles de Still, qui nous a été présentée pour la première fois à la Clinique ophtalmologique de Strasbourg le 20 septembre 1934.

Antécédents : Sa mère qui nous l'amène est atteinte elle-même de cataracte congénitale de l'œil droit. L'enfant est née à terme et déjà quelques semaines après sa naissance ses parents s'aperçurent qu'elle ne voyait pas, qu'elle ne suivait pas des yeux les objets qu'on lui montrait. Un médecin consulté diagnostique une cataracte congénitale et fait une discission à un œil sans succès ; un second médecin opère le second œil également sans résultat, de sorte que les parents qui habitent un petit endroit en Moselle renoncent provisoirement à tout autre traitement. L'enfant grandit, apprend à marcher, mais elle tombe souvent, se cogne à tous les obstacles et ne reconnaît ni les personnes, ni les objets qu'on lui présente. A 6 ans on l'envoie à l'école qu'elle suit régulièrement, mais en s'aidant exclusivement de son ouïe et de ses doigts. Elle voit tout juste assez pour circuler dans les endroits qui lui sont familiers, s'aide le plus souvent en tâtonnant et en touchant les objets qu'on lui présente. A 9 ans elle vient, avec ses parents, habiter Strasbourg où un oculiste, après l'avoir examinée la fait admettre à l'Asile d'aveugles de Still (Bas-Rhin) ; elle y apprend facilement l'écriture Braille, mais se comporte au reste comme une aveugle. Pendant l'été 1934, sa mère la conduit à un opticien dans l'espoir de lui faire prescrire des lunettes, mais l'opticien déclare que les lunettes ne sont d'aucune utilité et conseille aux parents de nous présenter l'enfant à la Clinique où nous l'examinons le 20 septembre 1934.

Etat des yeux au premier examen : Nystagmus horizontal très prononcé qui rend l'examen très difficile : Strabisme convulsif de l'œil gauche.

Cornées et iris normaux. Les pupilles sont occupées par des membranules épaisses, ratatinées, obstruant tout le champ pupillaire et ne laissant qu'une toute petite zone supérieure libre. Impossible de voir le fond des yeux. La vision suffit à l'enfant pour circuler difficilement en s'aidant des mains ; elle ne reconnaît pas les objets qu'on lui présente et essaie de les toucher et de les porter au nez et à la bouche.

Nous proposons une intervention qui est acceptée et qui consiste à extraire aux deux yeux, après incision, les sacs cristalliniens ratatinés, de sorte que, après une quinzaine de jours, le champ pupillaire est dégagé aux deux yeux ; l'examen du fond d'œil est rendu très difficile par le nystagmus, mais autant qu'on peut le voir, ne présente aucune anomalie.

Dès que l'enfant est sans pansement elle déclare elle-même qu'elle y voit beaucoup mieux qu'avant l'opération, mais une fois levée elle continue malgré tout à se comporter comme avant l'opération. On lui présente des objets (pommes, oranges, ciseaux, cuillères, boîte, etc.),

©BIUM

qu'elle ne sait pas nommer sans les prendre en main ; elle circule à peine mieux qu'avant les interventions, et comme il s'agit d'une enfant très intelligente, nous essayons d'éduquer sa vision et d'ajouter, peu à peu, les sensations visuelles aux sensations auditives, tactiles et olfactives qui, seules, s'étaient développées chez elle. Nous rappelant surtout l'observation si intéressante de Moreau parue dans les *Annales d'oculisme* de 1913, p. 81, et plusieurs annotations analogues, nous confions l'enfant à nos assistantes du Service Social et grâce aux démarches communes que nous faisons nous parvenons à mettre la malade entre les mains d'une institutrice expérimentée dans l'éducation des enfants déficients et qui, depuis lors, s'occupe journellement d'elle.

Nous divisons les fonctions auxquelles participe la vue en

1) fonctions sensorielles ;
2) fonctions sensorielles motrices.

1) *Fonctions sensorielles :*

La vision des couleurs est excellente dès le début. L'enfant est capable de dénommer les couleurs et de choisir les couleurs nommées. Elle sait sertir les différentes nuances des couleurs mixtes d'après leur mélange et d'après le degré de clarté. Elle copie des dessins en couleurs simples (carrés, triangles, losanges), correctement quant au choix des couleurs, mais médiocrement quant à la forme du dessin. Nous reviendrons sur ce symptôme.

Les tableaux pseudo-isochromatiques de Weill-Stilling sont déchiffrés sans peine ; l'enfant suit les taches de couleurs identiques du doigt.

Les images coloriées ne sont identifiées que dans un nombre très restreint, l'enfant n'ayant pas encore eu l'occasion d'apprendre à connaître un nombre suffisant d'objets. La dénomination d'images est prompte et correcte dans le cercle réduit des connaissances de l'enfant. Un cube sorti d'une image du jeu des cubes est replacé correctement dès le début ; plus tard l'enfant pouvait en replacer 2 sans hésitation.

Les images en silhouettes noires sont correctement identifiées et nommées.

Le dessin sans couleur n'est presque jamais identifié. L'enfant n'identifie pas les *dessins* d'objets qu'elle identifie promptement en les voyant en nature ou en les touchant.

Les fragments d'un dessin coupé en carrés ne sont pas réunis, alors, comme nous l'avons vu, que le bloc du jeu de cube colorié est remis correctement en place.

Des dessins de contour représentant les mêmes sujets que les silhouettes noires sont moins bien identifiés que ces dernières.

Les *objets* connus et d'usage courant sont vite identifiés et bien localisés dans l'espace.

Les *représentations spatiales* sont données ; l'enfant sait refaire un chemin compliqué autour de 2 chaises qu'on a démontré devant elle.

©BIUM

L'enfant indique qu'elle avait avant la dernière opération déjà une notion de l'espace puisqu'elle disposait d'une perception visuelle, très diffuse et indistincte il est vrai, du milieu dans lequel elle se trouvait.

Les *mouvements* comme tels sont très bien perçus et identifiés. L'enfant répète un nombre variable de mouvements ryhmiques correctement (rythmes visuels).

1. *a) Fonctions sensorielles non visuelles :*

Les *rythmes acoustiques* sont très bien reproduits, indiqués oralement et exécutés sur ordre.

La *stéréognosie* est excellente.

L'enfant lit très vite les lettres de *Braille.*

La *dermolexie* (identification de lettres et de chiffres écrits sur le dos) est correcte, mais le nombre des lettres est restreint ; l'enfant connaît A B C D F D Nous parlerons plus tard encore de la fonction lecture.

2) Les fonctions sensorielles-motrices.

Nous aurons par le résultat de l'examen des fonctions sensorielles-motrices, très souvent, la meilleure indication sur les fonctions sensorielles mêmes, telles que nous venons de les énumérer ; le résultat positif de la réaction motrice est lié à l'intégrité des fonctions sensorielles, perceptives, le résultat négatif peut être dû à un déficit exclusivement moteur. La séparation entre sensoriel et moteur ne saurait être faite d'une façon absolue. Quand on admet (avec Pœtzl et d'autres) que chaque réaction sensorielle (surtout sur le domaine de la vue) contient *in nuce* l'ébauche d'un mouvement (Keimbewegung) on ne s'attendra pas à une séparation nette du moteur et du sensoriel.

La *lecture* est fournie pour les lettres C D A B F D et les chiffres de 1 à 10. L'enfant groupe correctement les lettres identiques de plusieurs alphabets, même si elle ne sait pas les nommer.

La lecture des caractères en relief de Braille est fournie couramment : l'enfant lit même très vite à haute voix.

L'écriture : les lettres *a b c* sont écrites mais maladroitement, le dernier trait de l'*a* n'est pas lié au premier ; les chiffres sont écrits de façon reconnaissable.

Le *dessin* est très insuffisant ; l'enfant dessine, en copiant, un triangle pour un carré et inversement ; aucune proportion. Nous avons déjà relevé que dans la copie de dessins en plusieurs couleurs l'enfant choisissait correctement les couleurs mais était incapable de copier correctement la forme du dessin. L'enfant n'était pas non plus capable de doubler les contours d'un dessin. La reproduction du groupement de différents cubes sur un plan était défectueuse aux premiers examens, après cette reproduction était bien supérieure à celle des dessins.

Productions en trois dimensions :

Des constructions faites en trois dimensions avec des cubes cylindres et demi-cylindres sont très bien reproduites après quelques fautes aux premiers examens. Parfois on constate une faute de détail

©BIUM

(position oblique d'un demi-cylindre). La reproduction de la forme d'une tige de plomb flexible n'est jamais fournie correctement quand la vue seule participe à l'identification. Après avoir touché le modèle l'enfant arrive à reproduire correctement.

La praxie : la praxie de mémoire, idéatoire, est correctement fournie.

L'échopraxie de visu présente des symptômes intéressants. Les mouvements des bras et du corps (attitudes) sont très bien reproduits soit d'après des photographies de statues, soit d'après des mouvements exécutés devant l'enfant même. Les mouvements des doigts *sont très mal reproduits.* La reproduction des mouvements d'une main par l'autre main (*praxie symétrique*) est bien mieux fournie avec les yeux fermés qu'avec le contrôle des yeux qui, étant inusité, dérange. La dénomination des doigts est défectueuse ; elle n'est correcte que quand on procède par série de 1 à 5 ou de 5 à 1 ; choisis au hasard les doigts ne sont pas dénommés.

⁂

L'observation ultérieure du cas (de janvier à mai 1935) a constaté :

1) au point de vue ophtalmologique (Prof. Weil) : « Nous la voyons tous les 15 jours et constatons avec surprise les progrès faits dans l'éducation visuelle. Elle circule seule dans les locaux et (on ne la laisse pas circuler seule en ville) reconnaît à distance les maisons, tramways, automobiles, personnes, etc., nomme maintenant, sans les toucher, les objets qu'on lui présente, a appris à lire et à écrire les chiffres, à reconnaître et nommer les images représentant toutes sortes d'objets, d'animaux, de fleurs, etc... Sa vision n'a progressé que lentement, mais atteint actuellement 1/20 sans verres ; les verres à cataracte la gênent pour la vision à distance, mais lui sont utiles pour la vision de près. L'enfant, très intelligente, se rend parfaitement compte des grands progrès qu'elle fait et nous raconte qu'en accompagnant sa mère au marché ou à l'épicerie, elle reconnaît, même à une certaine distance, les personnes et les objets, alors qu'avant l'opération elle ne reconnaissait rien sans le toucher ou le porter au nez ou à la bouche. Les différents exercices que lui fait faire journellement son institutrice quant à la forme, la couleur, la dimension des nombreux tests montrent les progrès constants de l'éducation visuelle de notre petite malade. »

2) à l'examen psychiatrique on constate : le nombre d'objets et d'images que l'enfant connaît et identifie par la vue a considérablement augmenté. Les tests de Decroly (à 4 couleurs en dessins différents) sont identifiés d'une façon remarquable. L'enfant lit toutes les lettres et les syllabes. La grandeur des caractères a de l'influence sur le résultat de la lecture, l'enfant lit des phrases entières. Elle lit mieux quand on cache les syllabes à venir ; ce phénomène est dû à la persistance du nystagme qui existe encore. A l'écriture on constate

©BIUM

encore la difficulté de réunir les éléments d'une lettre, de les « raccorder ».

L'enfant ne sait pas compter le nombre de personnes ou d'objets représentés sur une image (optische Zählstörung).

Les images sont identifiées en plus grand nombre qu'autrefois ; l'enfant identifie souvent par la réflexion en se basant sur l'aperception d'un détail. Exemple : « il y a une trompe, c'est un éléphant » ou « il y a une bosse, c'est un chameau » ; cette dernière identification était fausse ; il s'agissait de la nageoire dorsale proéminente d'un poisson rouge. Le rouge était reconnu immédiatement. L'échopraxie digitale est toujours encore très défectueuse.

La stéréopraxie est insuffisante.

L'identification des dessins est bien moins bonne que celle des objets.

En résumé, on peut dire : les fonctions qui étaient positives (mais restreintes) au début montrent un progrès d'acquisition. Les symptômes de déficit des associations optico-motrices ne montrent un progrès que dans l'écriture. Le contraste initial des fonctions et des afonctions est encore bien reconnaissable. Malgré cela l'intelligence et la tenacité d'intention de l'enfant sont si bien développées qu'on ne saurait douter du succès final. Le succès de l'éducation (les cas de la littérature le prouvent) dépend surtout de l'intelligence du sujet et de son énergie.

Si nous groupons les résultats des examens que nous venons d'énumérer en positifs et négatifs, nous pouvons dire que les fonctions visuelles (1) suivantes sont produites : identification des couleurs, du clair-obscur, des images colorées, des objets, la représentation spatiale ; identification et échopraxie des attitudes du corps et des bras.

Sont *défectueuses ou inexactes* les fonctions suivantes : identification et copie de dessins, identification et échopraxie des mouvements des doigts.

Nous commençons par l'analyse des symptômes négatifs, de déficit.

Le contraste entre la bonne perception et identification des couleurs et des teintes (qui existe immédiatement après l'opération) et l'incapacité de comprendre les contours des objets a été observée dans presque tous les cas. Senden résume les résultats des cas de la littérature comme suit (p. 288) :

« Il est caractéristique pour l'aveugle-né opéré, qu'il tarde

(1) Les fonctions non visuelles : stéréognosie, dermolexie, lecture des caractères de Braille, praxie symétrique avec exclusion des yeux ; reproduction de rythmes, praxie idéatoire *ex memoria* sont naturellement intactes.

©BIUM

longtemps (en apprenant à voir) de diriger son attention sur les contours des objets, même quand il a saisi depuis longtemps la portée de la question ; il est manifeste que cette façon de se comporter n'est pas due exclusivement aux troubles de la fixation, mais surtout au fait que les phénomènes purement qualitatifs (donc la couleur avant tout) impressionnent en première ligne son sens des couleurs, fraîchement éclos, et préoccupent foncièrement sa pensée et son imagination. »

Le fait que notre cas soit capable d'identifier des objets et surtout des dessins coloriés (jeu de cubes, silhouettes) prouve que l'acquisition de la vision des contours est déjà arrivée à un certain degré de perfectionnement. L'identification des contours a lieu à condition que la couleur coopère ; sans cette coopération, c'est-à-dire quand l'enfant est en présence d'un dessin sans teintes ni couleurs, l'identification ne se fait *pas*. Est caractéristique pour cet état de choses le fait que l'enfant identifie et dénomme aisément les objets (qu'elle connaît), qu'elle voit ou qu'elle touche, tandis que les dessins linéaires qui représentent ces objets ne sont pas identifiés. Il faut donc admettre que l'identification de la forme utilise des associations différentes selon qu'il s'agit d'un objet intéressant les trois dimensions (représentation spatiale) ou d'un dessin qui ne comporte que deux dimensions. Cette distinction n'a pas encore été observée. Senden, en effet, résume les résultats de la littérature et de ses propres observations de la façon suivante :

1) Les impressions visuelles spécifiques sont : le degré de clarté et la couleur. La vision a, au début, un caractère purement phénoménal.

2) La perception de la couleur n'est pas à séparer de celle de l'étendue ; les couches colorées sont perçues comme étendues à une distance moyenne adaptée à la vision individuelle.

3) L'espace de la vision n'est donc ni une sensation propre, ni une représentation qualitative ni un produit résultant d'une synthèse d'impressions ou d'une abstraction d'idées, mais elle est une « catégorie de la vision » inhérente à chaque acte visuel, à la perception des choses visible et n'est pas à séparer de cet acte.

4) A partir du moment auquel les étendues colorées sont devenues pour la conscience des *objets* de la vision (Sehdinge) commence la localisation consciente de ces objets dans l'espace, la perception des différents degrés de profondeur et la taxation de la profondeur qui se développe avec la répétition de ces fonctions.

©BIUM

5) L'espace objectif n'est pas primaire, il dérive secondairement de l'espace subjectif par la perception de la relation des objets entre eux et de leur situation dans le champ visuel. Comme il n'est, pour cette raison, pas possible que toutes les parties du champ visuel soient objectivées au même degré, elles n'ont pas toutes le même caractère d'objectivité spatiale (objektiver Raumcharakter).

6) Les deux espaces, le subjectif et l'objectif, s'élargissent progressivement, le subjectif en premier ; ce n'est que grâce à des opérations mentales que l'espace objectif peut dépasser l'espace subjectif.

7) Le processus sensoriel qui est provoqué dans l'organe de la vision par une forme objective n'est que le point de départ de l'acte de la perception comme tel (en admettant que l'attention soit fixée), mais il n'est pas décisif pour le résultat de cet acte de perception. La représentation de la forme ne résulte ni de l'action dynamique exercée par un stimulus extérieur sur l'organe visuel, ni par le transfert de ce stimulus (qui est de nature passive, simultanée, purement physiologique « en miroir »), elle résulte, la représentation de la forme, d'un acte aperceptif de la conscience qui a lieu dans le temps.

8) L'acte de l'adperception est de toute façon un processus successif ; sa durée dans le temps peut toutefois être raccourcie considérablement par l'automatisation (méchanisation) progressive, qui est favorisée par la possession des engrammes et de leurs relations.

L'évolution de l'acquisition des éléments de la vision, que ce résumé de Senden dépeint, semble bien être réalisée dans notre cas pour un certain nombre d'objets et d'images. Nous aurons à étudier tout à l'heure le rôle que jouent les représentations spatiales dans cette identification. Le rôle décisif des couleurs et des teintes a déjà été souligné par nous ; l'identification du dessin (donc de la forme en deux dimensions), sans aide de la couleur n'a pas lieu, la copie du dessin naturellement pas non plus. Comment s'expliquer cette localisation du déficit ? La ligne du dessin ne rend pas une réalité objective ; elle rend la délimitation des contrastes des couleurs et surtout des teintes, mais en même temps elle retrace le chemin que l'acte moteur de la vision fait pour contourner et comprendre un objet. Le dessin est donc la projection graphique, sur un plan, de contrastes (donc, pas de perceptions visuelles élémentaires), et de mouvements oculaires (y compris de ceux de l'accommodation). C'est une fonction exclusivement optico-motrice. Comme notre

©BIUM

opérée n'a jamais eu l'occasion de faire l'acquisition d'associations optico-motrices pures, son insuffisance de la compréhension du dessin n'a rien d'étonnant. A ce point de vue, un de ses symptômes de déficit est particulièrement instructif : elle n'est pas capable de suivre avec le crayon les contours d'une arabesque, elle ne rend pas les angles ni les sinuosités : il en résulte un schéma grossier dans lequel le modèle est encastré. L'insuffisance des associations optico-motrices pures se manifeste dans notre cas encore par d'autres symptômes de déficit : l'enfant n'est pas capable de fournir l'échopraxie des doigts (apraxie digitale). La praxie symétrique (reproduction par une main de la position passive de l'autre) est excellente, vu que la sensibilité superficielle et profonde (que l'enfant utilise depuis toujours), participe à l'identification de la position passive d'une main. On pouvait même constater, aux premiers examens, que la praxie symétrique était meilleure, sans l'aide de la vue ; les impressions visuelles dérangeaient plutôt l'enfant qu'elles ne l'aidaient. Ce phénomène trouve son pendant dans le fait que les aveugles, fraîchement opérés, ont plus de difficultés à circuler dans les rues qu'avant l'opération.

Aux troubles de l'échopraxie des doigts s'ajoute encore l'incapacité de dénommer les doigts, à moins qu'on les désigne l'un après l'autre, de 1 à 5 par *série*. Nous aurons à nous occuper de ce symptôme apparenté à l'agnosie digitale (Gerstmann) plus tard, quand nous comparerons la symptomatologie de notre cas à celle de certaines affections organiques du cerveau. Pour le moment, nous nous bornerons à constater le fait que le déficit de l'échopraxie des doigts est en opposition flagrante avec l'excellence de l'échopraxie des bras et du corps entier : l'enfant imite promptement les attitudes qu'on exécute devant elle ou celles dont on lui montre la photographie. Nous essayerons plus tard de préciser les raisons de ce *contraste*.

Le fait que les mouvements et attitudes du corps entier soient si bien exécutés suggère les considérations suivantes : la perception du mouvement comme tel est très bonne chez l'enfant et nullement ralentie ; les rythmes visuels (c'est-à-dire un certain nombre de mouvements stéréotypes exécutés devant elle) sont promptement indiqués par l'enfant, mais, comme les attitudes stables (photographies) sont également bien reproduites, le facteur « mouvement » ne doit pas jouer le rôle décisif dans le mécanisme de la bonne échopraxie des membres et du corps.

Les représentations *spatiales* jouent apparemment un rôle

©BIUM

considérable dans la reproduction des attitudes du corps. Or, il est à relever que von Senden nie catégoriquement l'existence de représentations spatiales chez l'aveugle-né. Nous donnons ici la traduction de ses conclusions à ce sujet (p. 278).

« Les résultats de nos recherches concernant le caractère spatial des impressions tactiles peuvent se résumer comme suit:

« 1) L'aveugle-né n'a, *à priori*, pas de représentation spatiale.

« 2) Il n'acquiert pas non plus une conception de l'espace par les perceptions localisées de la peau, ni par l'usage de ses membres accompagné de sensations kinesthétiques et de sensations musculaires.

« 3) L'aveugle-né se construit la conception du milieu lui-même : se trouvant constamment en échanges de pensée avec les « voyants », il réalise un « système de relations », réalisation qui exige, pour être fixe et durable, un travail constant et concentré des fonctions aperceptives. Il se perçoit lui-même comme centre dynamique des efforts.

« 4) C'est de cette façon qu'il se crée des « schémas » des choses et des représentations verbales qui compensent en partie le déficit de sa perception.

« 5) Ces schémas sont le produit de son attention qui comprend la succession dans le temps ; ils n'ont aucun caractère spatial.

« 6) La classification logique et aperceptive des objets qui est ainsi réalisée par les impressions tactiles avec la coopération de l'intelligence n'est donc nullement à comparer avec l'ordonnance spatiale du champ visuel. Un espace tactile (Tastraum) n'est donc pas admissible au point de vue psychologique. »

Nous croyons que la négation de l'existence d'une représentation spatiale, due aux sensations kinesthétiques et à la sensibilité profonde (formulée sub 2 par von Senden), est contestable. La perception des sensations kinesthétiques et de la sensibilité profonde des différents membres et du corps, n'a non seulement un caractère *successif*, mais cette perception est aussi *synchrone* ; la perception des relations des différentes attitudes des membres pourrait bien réaliser une conception d'ordre spatial, non tactile, mais kinesthétique. Notre cas ne saurait apporter une contribution à la solution de cette question pour les raisons suivantes : l'enfant a été opérée à plusieurs reprises. Elle avait déjà, avant la dernière opération, un certain degré de perception visuelle diffuse de l'entourage qu'elle utilisait

©BIUM

pour l'orientation dans l'espace. L'apport visuel à sa conception spatiale était donc donné avant l'opération. La promptitude d'acquisition et le degré de perfection des représentations spatiales ne sauraient donc nous étonner outre mesure. L'enfant avait aussi appris à modeler avant l'opération ; le modelage n'est pas possible sans représentation spatiale (que celle-ci soit acquise avec ou sans apport visuel !). L'enfant a modelé devant nous en plastiline des fruits et un éléphant qui était reconnaissable comme tel ; elle l'a doté de cinq pieds, fait qui illustre bien le déficit du contrôle visuel et l'influence des « séries » consécutives.

Le bon développement des représentations spatiales dans notre cas est aussi prouvé par l'excellente identification des objets connus, alors que le dessin linéaire représentant ces mêmes objets n'était pas identifié. Nous avons relevé plus haut que l'enfant reproduisait des dessins d'une façon très déficiente; par contre, elle était parfaitement à même de reproduire les constructions en trois dimensions faites avec des cubes de dimension et de forme variables. On peut donc dire que les représentations spatiales sont bien développées chez l'enfant, alors que les représentations linéaires (en deux dimensions) sont pour ainsi dire inexistantes. L'acquisition de la conception des trois dimensions ne se fait donc pas, comme on pourrait, *à priori*, être tenté de croire, après celle de la notion de deux dimensions. La conception de l'étendue plane et celle de l'espace ne représentent pas deux étapes successives d'une évolution, mais sont à considérer comme manifestation de localisations cérébrales différentes.

Si nous essayons de comparer la localisation des symptomes de déficit de notre cas d'aveugle-née, opérée, avec d'autres troubles de la vision et des fonctions optico-motrices, les formes suivantes sont susceptibles de fournir des points de comparaison.

I. Les cas de lésions organiques du lobe occipital présentant des troubles de l'identification visuelle.

II. Les cas de lésions organiques du lobe pariétal présentant de l'apraxie digitale.

Ad. I. Goldsteins et Gelb ont publié en 1918 (cf. lit N° 1) un cas, devenu célèbre, qui présentait anatomiquement des lésions (par balle d'infanterie) de la partie latérale et médiane du lobe occipital gauche ; les troubles de la vision étaient analogues quoique pas complètement identiques à ceux que nous avons pu observer (en 1922 cf. lit N° 3) chez un blessé de guerre qui

©BIUM

avait subi une destruction partielle du lobe occipital droit et gauche par une balle d'infanterie qui avait traversé l'occiput de droite à gauche. Le malade de Goldstein et le nôtre sont restés en vie, de sorte que la localisation exacte n'était pas à faire. Quelques rares cas analogues ont encore été publiés. Nous ne pouvons ici, pour ne pas être entraînés trop loin de notre sujet, que résumer les principaux symptômes de notre cas, les symptômes susceptibles d'être comparés à ceux que présentait notre aveugle-née opérée.

Le champ visuel était réduit presque au point de fixation.

Acuité visuelle : bonne.

Perception de la lumière : bonne ; les nuances sont distinguées.

Perception de la couleur : bonne.

La perception de la forme était très ralentie ; le blessé a beaucoup de difficultés à identifier et à nommer les objets de l'entourage. Ralentissement considérable de la lecture. La perception du mouvement n'est pas gravement lésée.

Légère astéréognosie.

La perception tactile du mouvement a lieu ; dermolexie bonne.

Dessin médiocre : sait copier.

Procédés de compensation : le malade exécute des mouvements graphiques avec l'index, des mouvements de contour pour identifier. Ces mouvements sont exécutés très vite, aussi, par exemple, pour identifier les lettres qu'on écrit sur le dos du blessé. Les fonctions sensorielles (les optiques bien plus que les acoustiques et les tactiles) sont ralenties. Grande fatigabilité de ces fonctions sensorielles.

On constate, chez ce blessé des lobes occipitaux, le même contraste entre la perception de la couleur et des nuances du clair-obscur (qui est intacte) et les fonctions de l'identification de la forme (qui est gravement lésée) qu'on observe chez notre aveugle-née opérée.

La perception du mouvement est intacte chez les deux. La différence principale est donnée par le fait que les associations optico-motrices de l'aveugle-née opérée ne sont pas encore développées tandis qu'elles existaient, automatisées, chez l'aveugle accidentel : c'est pour cette raison que les mouvements graphiques de compensation entrent en action, automatiquement, dès que la perception de la forme est demandée au blessé occipital. Il exécute des mouvements de contour avec l'index droit, avec la tête (cas de Goldstein) quand les doigts sont fixés. Les mouvements de compensation dans les troubles de l'iden-

©BIUM

tification de la forme sont décrits déjà en 1874 par Westphal, plus tard par Lissauer, Muller, Storch, von Stauffenberg, Halban, Poppelreuter, Goldstein. Ils confirment, ces mouvements, l'automatisation des associations optico-motrices que notre aveugle-née n'a pas encore pu acquérir.

Ad. II. Les cas de lésion organique du lobe pariétal (maladie de foyers de Pick et d'Alzheimer) ou de déficit congénital (idiotie ; arriération profonde) présentent souvent des troubles de l'échopraxie digitale. Dans les affections organiques acquises il s'agit de destruction des automatismes optico-moteurs, dans les états de déficience congénitale (idiotie, arriération) il s'agit d'agénésie.

Les troubles de l'échopraxie digitale sont dans ces cas intimement liés à ceux de l'apraxie symétrique. Pour comprendre la symptomatologie spéciale que notre aveugle-née opérée présente sur le domaine de l'apraxie digitale, il est nécessaire de récapituler brièvement les symptômes de cette apraxie digitale : Une forme de l'apraxie digitale, *l'apraxie symétrique* (cf. lit N° 4, p. 7) consiste en troubles de la reproduction de l'attitude d'une main par l'autre main. Le procédé d'examen est analogue à celui qu'on emploie pour constater les troubles de la sensibilité profonde. Là, toutefois, on ne demande au malade que l'indication orale de la position passive des doigts, tandis que nous lui demandons la reproduction motrice par l'autre main. Dans l'apraxie symétrique pure, la stéréognosie est intacte ; les malades identifient promptement les objets par le toucher. Ils se rendent bien compte de l'attitude passive de leur main et la décrivent verbalement, mais ils ne savent pas la reproduire de l'autre main. Les malades sont parfaitement capables d'exécuter le même mouvement sur ordre verbal ou à l'aide du contrôle visuel mais ils sont incapables de le reproduire lorsqu'ils n'ont comme donnée unique que la position passive de l'autre main. Il va sans dire que le contrôle des yeux est exclu durant l'examen.

Cette forme d'apraxie symétrique s'observe dans certaines affections organiques du cerveau et chez les arriérés (c'est une des manifestations de la débilité motrice !). Dans la plupart des cas, la praxie symétrique revient dès que le contrôle de la vue entre en action. Mais on peut observer des cas chez lesquels la praxie symétrique ne pouvait être réalisée, même avec le contrôle des yeux. Ce phénomène est d'un grand intérêt, surtout aussi le fait que ces malades ne sont pas non plus capables de reproduire les attitudes de la main qu'on produit devant eux.

©BIUM

Ils ne « comprennent » pas ces attitudes. Donc, les malades ne comprennent ni l'attitude passive de leur propre main, ni les mouvements de mains d'autrui qu'on leur présente. Le contrôle des yeux n'est d'aucune aide à l'identification des mouvements de la propre main du malade ; la perception visuelle des mouvements de main d'autrui n'amène pas l'identification de ces mouvements. Il s'agit d'un phénomène d'agnosie. Cette agnosie est limitée à une seule catégorie de perceptions ; c'est un fait que nous observons dans toutes les agnosies (visuelle, tactile, acoustique). Mais il s'agit dans notre cas d'une agnosie tout particulièrement restreinte ; il s'agit d'une agnosie visuelle limitée à la seule identification de mouvements sans sens de la main. Le manque de sens augmente considérablement la difficulté de l'identification. Pour toutes les autres catégories de perception visuelle, l'identification se fait aisément. Le déficit de l'identification est strictement localisé aux actes moteurs des doigts sans sens. Or, comme la sensibilité profonde est lésée dans nos cas, il est possible que cette lésion soit responsable du déficit de l'identification. La sensibilité profonde n'est pas lésée au point de supprimer la stéréognosie (qui est intacte dans nos cas), mais elle est insuffisante pour l'identification sensorielle des attitudes passives sans sens. Nous pouvons, dans nos cas, entendre par « identification sensorielle » non seulement l'identification réalisée par la sensibilité profonde, mais aussi celle qui est réalisée par la *vue*. La coopération de ces deux mécanismes d'identification est lésée ; l'acte proprement visuel est insuffisant, l'engramme du processus n'est pas à évoquer par l'impression visuelle (quand il s'agit d'identifier les mouvements d'autrui), ni par la perception sensorielle profonde (quand il s'agit d'identifier les mouvements de l'autre main du malade). La perception visuelle peut, dans certains cas, remplacer la perception sensorielle profonde pour l'identification des propres mouvements du malade, mais parfois elle est inopérante.

Les symptômes d'apraxie digitale sans sens se rapprochent (mais sans leur être identiques) des phénomènes que Gerstmann a appelé (en 1924) « agnosie digitale ». Les malades en question sont incapables d'identifier et de nommer les doigts de leur propre main et d'autrui et partant de reproduire les mouvements des doigts. Nos cas d'apraxie symétrique (dont nous avons publié les premières observations en 1920), savent très bien dénommer les doigts de leur propre main et ceux de la main étrangère qu'on leur présente ; ils exécutent sur ordre

©BIUM

verbal tous les mouvements de doigts, mais ils sont incapables d'exécuter (sans commentaire verbal), « de visu » les mouvements des doigts. On peut donc opposer nos cas d'apraxie (insuffisance surtout motrice) à l'agnosie (insuffisance surtout gnosique et verbale) que Gertsmann a décrite. Nous pouvons donc (sur le domaine de l'apraxie digitale sans sens) distinguer une forme motrice (nos cas) et une forme sensorielle (l'agnosie digitale de Gerstmann).

Nous avons suivi pendant trois ans un cas de maladie de Pick (l'autopsie a pu être faite), qui présentait une atrophie surtout du lobe pariétal gauche, mais aussi des foyers symétriques de la tête du noyau caudé des deux côtés. Chez cette malade, une apraxie digitale sans sens existait pendant deux ans ; ce n'est qu'au cours de la troisième année que l'agnosie digitale de Gerstmann s'est ajoutée.

Si nous comparons les symptômes d'apraxie digitale que présente notre cas à ceux que nous venons de décrire, nous constatons : la praxie symétrique est excellente, avec et sans contrôle des yeux ; elle est même, au début, meilleure sans ce contrôle ; l'échopraxie *de visu* de mouvements de doigts étrangers est défectueuse.

Ce contraste est dû au fait que la sensibilité profonde, qui réalise la praxie symétrique, est intacte ; par contre, les associations optico-motrices, qui sont à la base de l'échopraxie digitale *de visu*, n'existent pas encore chez l'aveugle-née opérée.

Ce déficit n'est pas, dans notre cas, à identifier entièrement au symptôme tel qu'on l'observe dans le cas de lésions organiques du cerveau (maladies de Pick, d'Alzheimer, foyers du lobe pariétal). Il s'agit dans ces cas d'un déficit acquis, tandis que, dans le cas de l'aveugle-née, il s'agit d'une agénésie congénitale des fonctions due à la cécité. Il est intéressant de constater que, tout comme dans l'agnosie digitale de Gerstmann, la dénomination des doigts est aussi déficiente. Elle n'a lieu que si l'on procède en série de 1-5, vu que l'aveugle, dans son acquisition mnésique, procède « successivement » par série. La dénomination des doigts *ad libitum* ne peut pas être fournie par l'opérée.

Il est un symptôme digne d'intérêt qu'on observe dans les troubles de l'échopraxie digitale : c'est le fait que seuls les mouvements des doigts ne sont pas imités ; les mouvements des bras et les mouvements et attitudes du corps entier sont très bien reproduits, même d'après des photographies.

Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène. On pourrait admettre que les mouvements des bras et du corps sont d'une

©BIUM

amplitude bien plus grande que ceux des doigts, mais la distance du modèle n'est d'aucune influence sur le résultat ; on pourrait aussi croire que, par le fait que notre opérée avait déjà avant la dernière opération une perception indistincte des mouvements de l'entourage et une notion spatiale, que les « grands mouvements » étaient déjà d'observation courante pour l'enfant. Mais nous croyons que l'explication suivante répond le plus à la réalité : on constate chez les organiques, du moins dans la majeure partie des cas, cette différence entre l'échopraxie des doigts et des bras ; on la constate surtout aussi, cette différence, et d'une façon absolument nette, chez les idiots et les arriérés. Elle peut être, mais ne l'est pas toujours, accompagnée d'apraxie symétrique. Cette différence entre la motricité des doigts et celle des bras est peut-être à la base de certaines para-fonctions, du maniérisme, qui, par plusieurs auteurs (Homburger) sont considérés comme manifestations de la discordance du système moteur pyramidal et extrapyramidal ; nous croyons que la motricité du système pyramidal même (cf. lit. 5) dispose de subdivisions dont la discordance peut, elle aussi, provoquer des symptômes de para-fonction. Il est intéressant de constater que cette différence entre la motricité des doigts et celle des membres (qui se manifeste dans les troubles de l'échopraxie) soit développée d'une façon si impressionnante chez notre aveugle-née ; nous croyons pouvoir admettre que les raisons de ce phénomène ne sont pas en première ligne d'ordre visuel, mais qu'elles trouvent leur explication dans une répartition spéciale des relations associatives des fonctions motrices, répartition qui est prouvée par l'observation de phénomènes analogues chez les idiots, les arriérés et les cas d'affection organique du cerveau.

BIBLIOGRAPHIE

1. Goldstein et Gelb. — Psychologische Analysen hirnpathologischer. Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter. *Zeitschr. f. d. ges. Neurologie und Psychiatrie*, Band 14, 1918.
2. Moreau. — *Annales d'oculistique*. Vol. 149, 1913, Paris.
3. Pfersdorff. — Analyse d'un cas de lésion bilatérale du lobe occipital. in *Travaux de la Clinique psychiatrique de Strasbourg*, 1924.
4. Pfersdorff. — Nouvelles conceptions de l'apraxie. *Bulletin de la Société de Médecine du Bas-Rhin*, séance du 17 mars 1934.
5. Pfersdorff. — Les mouvements des idiots et les mouvements catatoniques. in *Jahresbericht 1934 der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie*, Zürich, 1935.
6. V. Senden. — *Raum und Gestaltauffassung bei operierten Blindgeborenen vor und nach der Operation*, Leipzig 1932. Ambrosius Barth.

©BIUM

DOCTRINE DES LOBES FRONTAUX D'APRÈS TRENTE ANNÉES DE RECHERCHES PERSONNELLES

PAR

W.-K. CHOROSCHKO (de Moscou)

Si nous avons un certain droit de faire remonter la doctrine des lobes frontaux au commencement du XIXe siècle et à l'époque de Gall, il est, néanmoins, nécessaire de noter qu'un explorateur comme Brodmann affirme, en 1912, que la fonction des lobes frontaux demeure en grande partie inconnue chez les animaux autant que chez l'être humain ; Jean Lhermitte dans sa revue de 1929 parle des lobes frontaux comme du plus vaste domaine des « terra incognita » du cerveau.

En considérant la littérature de la dernière soixantaine, quand l'étude des lobes frontaux devint plus variée et plus détaillée, nous ne pouvons omettre de rappeler, avec un sentiment de profonde reconnaissance, les noms des savants qui consacrèrent à cette tâche un travail assidu, qui énoncèrent des idées d'une grande valeur, auxquelles nous devons beaucoup de nos connaissances actuelles. Citons les noms de Hitzig, Ferrier, Bianchi, Goltz, Munk, Luciani, Wundt, Meynert, S. S. Korsakow, Flechsig, Monakow, Rossolimo, Béchtérew, Moebius, Polimanti, Joukowsky, Libertini, Oddi, Fanno, Anton et Zingerle, Brodmann, Oskar Vogt, Bolton, Max Rothmann, Otto Kalischer, Franz, Pierre Marie, Moutier, Déjerine, Hartmann, Heilbronner, Charpentier, Schuster, Muller, I. P. Pavlow, Satournow, Démidow, Affanassiew, Mingazzini, Alzheimer, Kurt Goldstein, Feuchtwanger, Lhermitte, Clovis Vincent, Economo, Janichewsky, et beaucoup d'autres. Notons encore qu'une série d'explorateurs tels que : Anton et Zingerle, Polimanti, Démidow, Satournow, Affanassiew, Bianchi, Feuchtwanger, Lher-

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Octobre 1935.

©BIUM

mitte et Clovis Vincent (1) consacrèrent au sujet qui nous intéresse des travaux de caractère monographique.

Il y a trente années que notre attention fut attirée par les observations cliniques sur la fonction des lobes frontaux. Nous avons publié depuis ce temps dix travaux, dont un seulement dans une langue étrangère. Notre première étude au sujet des relations des lobes frontaux à la psychologie et à la psychopathologie fut communiquée au Congrès des Neurologistes et des Aliénistes russes en 1911 (2). Cette étude a pour nous une valeur méthodologique, elle nous amena aux conclusions suivantes :

1) Si l'étude morphologique du cerveau permet de poser la question des relations de certaines parties du système nerveux central avec la vie psychique et de formuler une opinion à ce sujet, les données de l'anatomie, de l'anatomie comparée, de l'embryologie, de l'histologie et de l'anatomie pathologique confirment l'idée que les fonctions des lobes frontaux comprennent des particularités propres principalement à l'être humain.

2) Les études tératologiques et embryologiques n'aboutirent point à des conclusions essentielles sur le sujet qui nous intéresse.

3) S'il est permis de poser des conclusions à propos de la psychologie humaine en expérimentant sur des animaux, il faut admettre que des données nombreuses confirment les relations des lobes frontaux avec la vie psychique. Ces données nous engagent à appro-

(1) Enumération des travaux sur les lobes frontaux :

Anton et Zingerle. — Construction, activité et affections de la partie frontale du cerveau chez l'homme. P. 1, Graz, 1902.

Polimanti. — Contribution à l'étude de la physiologie et de l'anatomie des lobes frontaux, Rome, 1906.

Démidow. — Réflexes conditionnels (salivaires) chez les chiens privés des moitiés antérieures des hémisphères cérébraux, Pétersbourg, 1908.

Satournow. — Etude ultérieure des réflexes conditionnels (salivaires) chez les chiens privés de la partie antérieure des hémisphères cérébraux, Pétersbourg, 1911.

Choroschko. — Relations des lobes frontaux à la psychologie et à la psychopathologie, Moscou, 1912.

Affanassiew. — Etude sur la fonction des lobes frontaux, Pétersbourg, 1913.

Bianchi. — La mécanique du cerveau et la fonction des lobes frontaux, Paris, 1921.

Feuchtwanger. — Fonctions des lobes frontaux, leur pathologie et psychologie, Berlin, 1923.

Clovis Vincent. — Diagnostic des tumeurs comprimant le lobe frontal. *Revue neurologique*, 1928, F. 1, n° 6.

Lhermitte. — Le lobe frontal, données expérimentales anatomo-cliniques et psychopathologiques. *L'Encéphale*, 1929, n° 1.

(2) Choroschko. — Relations des lobes frontaux à la psychologie et à la psychopathologie. Problèmes de philosophie et de psychologie, Moscou, 1912. Edition spéciale.

©BIUM

fondir notre étude tout en modifiant la méthode. Les données expérimentales négatives ne sont point absolues dans leur négation, elles exigent toutefois des explications.

4) Les données cliniques sont loin d'être unanimes. Nous pouvons néanmoins constater que des symptômes psychiques variés sont fréquemment observés dans les lésions des lobes frontaux. Cependant, il a été impossible jusqu'à présent d'en fixer la constance. Il n'existe non plus aucune formule syndromique des troubles d'ordre aphasique.

5) Toutes les données rassemblées jusqu'à présent (1912) ne sont point absolues et catégoriques, elles ne donnent point de preuves que les lobes frontaux ont une relation incontestable avec des domaines déterminés de la vie psychique.

6) Il existe des données nombreuses qui confirment que les lobes frontaux prennent probablement une part active à la génèse du syndrome de la paralysie générale.

7) Malgré que nous ne possédions point de données empiriques absolues, capables de prouver l'existence d'une certaine relation entre les lobes frontaux et la vie psychique, les études ultérieures peuvent et doivent être dirigées de façon à établir cette relation.

8) Il existe des faits nombreux qui confirment que les lobes frontaux sont liés à ce qu'on appelle l'aperception.

Toutes ces thèses constituaient les points de départ de notre première étude qui était fondée sur l'étude de la littérature et fixait l'attention sur la relation des lobes frontaux avec la vie psychique.

Nous avons publié ensuite deux études (1914). Nous y avons étudié des malades spéciaux, des traumatisés (trois observations personnelles) et des cas d'abcès (quatre observations personnelles) des lobes frontaux.

Notre étude des traumatismes des lobes frontaux du point de vue pathologique et physiologique (avant la guerre de 1914) nous a amené aux conclusions suivantes (1) :

a) Une lésion de la région postérieure de F_3 (champs 44 et 45 d'après Brodmann) du côté gauche peut donner différents troubles de la parole (aphasie motrice complète, monophasie, oligophasie, dysarthrie, parole paralytique, parole monotone, modulations insuffisantes de la parole). Le caractère différent des troubles de la parole dépend, apparemment, de la profondeur du processus, de sa propagation et de la participation des régions voisines.

b) Une lésion de la région postérieure de F_2 du côté gauche

(1) CHOROSCHKO. — Etude clinique des lésions traumatiques des lobes frontaux. *Médizinskoye Obosrénié*, 1914.

©BIUM

(champ 46 et partie postérieure du champ 9, d'après Brodmann) se traduit par des troubles des mouvements syncinétiques de l'œil, du nystagmus, des troubles pupillaires (réaction paresseuse, absence de réaction, inégalité pupillaire), par de l'agraphie et parfois par de l'apraxie. Les symptômes pupillaires et apraxiques ne sont pas encore bien clairs. Il faut tenir compte ici de la propagation du processus et ne point oublier que jusqu'à présent, nous ne faisons que tracer un schéma.

c) Si la région postérieure de F_1 est traumatisée dans l'enfance (champs 6 et 8, d'après Brodmann) une scoliose et une ataxie peuvent se développer.

Les abcès des lobes frontaux peuvent donner lieu à une série de phénomènes cliniques dont nous avons donné le résumé suivant en 1914 (1) :

1) Symptômes cérébraux généraux d'ordre physique et psychique.

2) Absence de symptômes (phénomène apparent, peut être), surtout si l'abcès est localisé dans la région antérieure du lobe frontal droit.

3) Symptômes qui ne proviennent point du système nerveux tels que : œdème palpébral, troubles localisés à la cavité nasale et aux régions auxiliaires, bronchectasie, exophtalmie, abaissement de température.

4) Crises jacksoniennes et crises présentant les caractères du petit mal.

5) Parésies motrices des extrémités et de la face, comme résultat de la compression des régions adjacentes.

6) Troubles des mouvements syncinétiques des yeux, de la déviation syncinétique des yeux et de la tête, clignement exagéré. Tous ces symptômes peuvent être constants ou périodiques.

7) Dysarthrie.

8) Aphasie motrice ou apraxique.

9) Agraphie motrice ou apraxique.

10) Apraxie des extrémités.

11) Troubles pupillaires tels qu'anisocorie, modification de la réaction à la lumière, différence dans la réaction des deux côtés, sans phénomènes d'hémiparésie, modification paradoxale des réflexes tendineux.

12) Troubles des mouvements affectifs.

13) Modifications du fond de l'œil plus prononcées du côté où l'abcès est localisé.

14) Troubles de l'olfaction.

(1) CHOROSCHKO. — Observations sur les abcès des lobes frontaux. *Journal de Korsakow*, 1914, 1-2.

©BIUM

15) La percussion et la palpation des régions temporale et frontale est plus douloureuse du côté de l'abcès. La céphalée est localisée dans la région des lobes frontaux.

16) Syndrome de la fosse cranienne postérieure.

17) Troubles de la vie psychique, notamment l'aperception est atteinte.

18) Syndrome de la paralysie progressive comprenant les symptômes psychiques et physiques, caractéristiques de cette maladie.

Il nous semble important de souligner que l'observation des abcès du cerveau nous fournit des données dont nous pouvons tirer des conclusions déterminées sur le lien qui existe entre les lobes frontaux et les modifications des réflexes tendineux (troubles paradoxaux des réflexes), troubles pupillaires et apraxiques. En 1914 ces conclusions étaient contestables, peu ou pas connues.

Notre étude suivante parut cinq années plus tard en 1919 et présente un résumé des observations cliniques sur les lésions des lobes frontaux pendant la guerre (1). Elle s'appuie sur quinze observations personnelles soigneusement suivies.

Sous certains rapports, ces observations amènent aux conclusions déjà obtenues. Elles précisent bien des choses et constituent une étape dans le développement de l'étude des lobes frontaux. Il faut noter que, durant la période de la guerre et ensuite durant la révolution, notre pays à été privé pendant plusieurs années de toute littérature étrangère. Les résultats obtenus présentent, pour cette raison, un intérêt d'autant plus grand qu'ils sont obtenus d'une façon tout à fait indépendante, sans être influencés par d'autres recherches à ce sujet. Il était donc fort curieux de comparer ces résultats avec les conclusions et les observations d'autres auteurs. Nous nous arrêterons ici, sur ce qui nous paraît nouveau et intéressant dans la doctrine des lobes frontaux à cette époque (1919).

Dans un cas sur 15 seulement, l'examen clinique ne réussit point à démontrer aucun symptôme particulier 15 jours après la blessure, celle-ci étant déjà fermée.

Une anosmie fut notée dans cinq cas, dont quatre présentaient un trauma de l'œil gauche.

Le tableau clinique était compliqué par des crises épileptiformes dans six cas.

(1) Choroschko. — Observations personnelles des lésions des lobes frontaux pendant la guerre. Société de Neurologie et de Psychiatrie, 1919. Moscou, *Médizinski Référativni Journal*, 1921, n° 6-7.

©BIUM

Des troubles des réflexes ont été notés dans huit cas : absence du réflexe patellaire et achilléen, variations dans leur manifestation. Tantôt ils apparaissent, tantôt ils sont abolis : exagération des réflexes rotulien et achilléen du côté opposé à la lésion ; manifestations différentes de certains réflexes cutanés de l'un et de l'autre côté ; réaction paradoxale, absence du réflexe abdominal inférieur ; absence du réflexe conjonctival ; anisocorie.

Dans deux cas nous avons noté des troubles des organes du bassin, sans toutefois pouvoir signaler des symptômes spinaux quelconques. Le réflexe de préhension a été noté dans certains cas.

Nous avons été frappés par ce fait singulier que des troubles de la parole sont survenus dans sept cas à lésion localisée à droite chez des droitiers : monophasie, perte de la parole spontanée, survenant par crises sous forme d'absence ; excitation de la parole avec nuance de paraphasie, automatisme de la parole, difficulté subjective de trouver les mots nécessaires et facilité d'en disposer. Notons encore une fois que ces troubles ne manquent jamais dans la localisation droite. L'apraxie est observée sous forme de troubles dans le choix de l'action, dans la conduite, on observe des actes inutiles, une apraxie idéatoire ou une apraxie de conception.

Dans quatre cas, nous avons vu des troubles des mouvements expressifs et des manifestations de l'affectivité : sourire permanent et forcé, bonhomie singulière ou humeur hypocondriaque.

Des symptômes psychiques ont été notés dans neuf cas.

Il est intéressant de signaler, au point de vue méthodologique, que les chances de voir apparaître les défauts psychiques augmentent si le malade est longuement et soigneusement observé.

Les troubles d'ordre psychique ont toujours un caractère individuel, on peut, néanmoins, en extraire des traits typiques.

Il n'a jamais été possible de trouver des troubles psychiques chez des malades à lésion isolée du lobe frontal gauche. Par contre, des troubles psychiques ont été mis en évidence dans les lésions des deux lobes frontaux (deux cas), dans les lésions le long de la ligne médiane (trois cas) ou dans la lésion isolée du lobe frontal droit (quatre cas).

Nous avons observé un groupe de troubles psychiques chez certains malades : fatigue psychique, indolence, hypocondrie, sourire sans motif, troubles de l'attention active. Un autre groupe comprend des malades qui présentent une excitation psychique avec des troubles de l'aperception ; ces malades commettent des actions inutiles, sans motif, souvent agressives, avec parfois une obnubilation de la conscience. Un même malade peut parfois présenter un tableau mixte.

Nos observations sur les troubles de la vie psychique, provoqués par les lésions des lobes frontaux en temps de guerre, démontrèrent que les troubles typiques sont :

©BIUM

1) Diminution de l'attention active, manifestée par un affaiblissement de la faculté mnésique ; la faculté d'observation est diminuée ainsi que la précision de l'impressionnabilité, la stabilité et la capacité de l'attention.

2) Actions privées de but et de motif et anomalies de la conduite en général.

Nous avons eu beaucoup d'occasions pendant la guerre civile de confirmer les conclusions tirées de nos observations.

Nous avons vu, pendant les années qui suivirent la guerre civile, des cas des lésions des lobes frontaux. Nous sommes revenus bien des fois sur nos observations des tumeurs des lobes frontaux. Mais, ces cas étant très compliqués, et les observations incomplètes, nous avons résolu de résumer les données recueillies par nous avant d'aboutir à des résultats définis, et de faire la tentative de présenter la fonction des lobes frontaux au point de vue physiologique et psychologique. Une étude à ce sujet a été publiée en 1922 (1) et une autre écrite en allemand en 1923 (2).

Abrégeant autant que possible l'exposé des résultats obtenus, la fonction des lobes frontaux se présentait à nous de la façon suivante :

1) Les lobes frontaux ont une influence fonctionnelle sur les processus réflexes de l'organisme : réflexes de la moelle épinière et autres, en particulier sur les réflexes pupillaires.

2) Les fonctions de l'organisme, telles qu'actions, conduite, parole, écriture, expressions des affections, sont liées aux fonctions normales des lobes frontaux surtout dans leur part active et spontanée.

3) La fonction de l'attention active et la fonction normale des lobes frontaux sont intimement liées entre elles.

4) Au point de vue méthodologique, la tendance d'attribuer aux lobes frontaux les fonctions hautement différenciées est certainement bien fondée.

5) Nous devons attribuer au lobe droit des fonctions d'une différenciation plus haute qu'au lobe gauche. Ceci est surtout évident pour la fonction de la parole.

6) Les deux lobes frontaux sont liés à la fonction de la parole.

7) Nous considérons à présent les relations des lobes frontaux avec la vie psychique comme prouvées (1922).

8) Ces relations comprennent principalement la fonction de

(1) CHOROSCHKO. — Fonctions des lobes frontaux. *Vratchebnoye Dielo*, 1922, n° 7-8.

(2) CHOROSCHKO. — Fonctions des lobes frontaux. *Zeitschrift F. D. Ges. Neurol, u. Psych.*, Bd 83 (en allemand).

©BIUM

l'attention active et les manifestations de la volonté (initiative, spontanéité).

Nous avons aussi, en 1922, fait un rapport à la Conférence de la Clinique psychiatrique de l'Université de Moscou au sujet de l'importance de la doctrine des lobes frontaux pour la psychiatrie (1). Nous y avons exposé les thèses suivantes :

a) Il faut attribuer aux lobes frontaux certains symptômes physiques et psychiques qui font partie du syndrome de la paralysie progressive. Du côté physique nous devons noter : troubles pupillaires, troubles des réflexes, modification de la parole et de l'écriture, de la mimique ; du côté psychique ce sont surtout l'affaiblissement de l'attention active et les troubles de la conduite.

b) La part des lobes frontaux dans l'épilepsie se manifeste par des équivalents psychiques sous formes différentes.

c) C'est dans l'oligophrénie, que l'altération des lobes frontaux, ou plutôt leur défaut de développement est très marqué. Ce n'est pas en vain que S. S. Korsakow base sa doctrine de « la force directrice de l'intelligence » sur ses études de la microcéphalie. Il considère cette force directrice comme liée aux fonctions des lobes frontaux.

d) Il faut attribuer aux troubles des lobes frontaux une série de symptômes, observés dans la schizophrénie, tels que : dissociation des forces psychiques, actes impulsifs, symptômes hébéphréniques, apathie, indifférence, indolence.

e) L'affaiblissement de l'attention active dans les psychoses de la période d'involution, dans les psychoses séniles (et aussi dans la maladie de Pick et de Hans), nous paraît incontestablement liée à l'affaiblissement des fonctions des lobes frontaux.

f) L'instabilité si prononcée de l'attention, l'affaiblissement ou l'inhibition de l'attention active, et aussi les changements de l'émotivité observés dans la folie circulaire peuvent être considérés comme des symptômes frontaux.

g) Enfin, l'affaiblissement de l'attention active typique et commune pour tous les cas de surmenage mental est, à notre avis, le résultat incontestable de l'épuisement des lobes frontaux. Nous considérons, pour cette raison, la névrose ou l'état de surmenage (neurasthénie ou cérébrasthénie) comme une claudication ou cérébropathie frontales.

La fonction des lobes frontaux étant intimement liée à l'attention active et à la conduite, ces deux fonctions se trouvent fréquemment et profondément atteintes dans différentes maladies mentales. Le grand rôle des lobes frontaux dans la pathogénèse

(1) CHOROSCHKO. — Importance de la doctrine des lobes frontaux pour la psychiatrie. Conférences de la Clinique Psychiatrique, 1re Université de Moscou. 10 octobre 1922.

©BIUM

de ces maladies, que nous venons d'exposer ici, nous paraît donc tout naturel et n'est point fait pour nous surprendre.

Nous avons fait l'année suivante au Congrès de Psychoneurologie une communication sur la « Symptomatologie générale des lobes frontaux » (1) basée sur 25 observations personnelles. L'autopsie fut pratiquée dans neuf cas et 14 subirent une opération. Voici ce que nous avons constaté :

1) Troubles psychomoteurs des muscles du tronc, des mouvements syncinétiques des yeux et de la tête, parfois mouvements stéréotypés, catalepsie.

2) Syndromes asymboliques : aphasie cinétique ou motrice, dysphasie, dysarthrie, agraphie, dysgraphie, apraxie idéatoire (de conception) et cinétique (d'exécution).

3) Troubles dans la manifestation des affections : expression du visage et mimique, qui ne correspondent pas aux paroles du sujet ; divergence des paroles et des sentiments ; rire, sourire ou rictus forcé, sans motif ; masque figé, dissociation psychique, dysharmonie, schisis. Ces phénomènes sont le plus souvent observés si la lésion est bilatérale, ou si elle est localisée dans le lobe frontal droit, surtout dans la partie antérieure des lobes.

4) Conduite anormale — apraxie dans le sens large du mot — actes singuliers, inutiles, sans motif, par exemple, le malade urine au milieu de la salle, il fait des tentatives de suicide sans aucun motif.

5) Troubles des fonctions de la volonté : de l'attention active, de la faculté mnésique, de la faculté d'observation, de l'initiative, de la spontanéité. Les malades présentent de l'automatisme, de l'impulsivité.

6) Les réflexes sont atteints : absence de tel ou tel réflexe, anisocorie, diminution ou absence de la réaction des pupilles à la lumière, troubles sphinctériens. Tous ces troubles manquent si la lésion ou la maladie siégent dans la base des lobes frontaux.

7) Apparition des symptômes du côté de la fosse crânienne postérieure, en particulier, des symptômes cérébelleux, à cause de la contrepression.

8) Une série de symptômes locaux, dont nous avons parlé plus haut à l'occasion des abcès du cerveau.

Lhermitte cite dans sa monographie « Les fondements biologiques de la psychologie » (Paris, 1925, p. 155, 159 et 161) les

(1) Choroschko. — *a*) Symptomatologie des lobes frontaux. *Congrès de psychoneurologie à Moscou*, janvier 1923.
b) Symptomatologie générale des lobes frontaux. *Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.* B. XXXIII, N. 102, S. 16 (en allemand).

©BIUM

résultats obtenus par nous, à côté des données d'autres explorateurs, Feuchtwanger et Kurt Goldstein, en particulier.

Nous avons publié en 1929 une étude sur une question spéciale, notamment, quelle est l'importance de la méthode du profil psychologique du professeur Rossolimo pour l'étude des lésions et des fonctions des lobes frontaux (1). Nous avons, dans ce but, soigneusement examiné cinq malades (quatre traumatisés et un ayant subi l'opération d'une tumeur du lobe frontal gauche). Chez deux malades on constata une lésion de la partie antérieure du lobe frontal droit, deux malades avaient une lésion localisée dans la partie moyenne du lobe gauche. Un malade avait une blessure par balle, qui traversa la partie antérieure du lobe droit et la partie moyenne du lobe gauche.

Faisons un bref exposé de ces cas :

Première observation : grand abcès du lobe frontal droit. La courbe du profil démontre, deux mois et demi après l'opération, un affaiblissement prononcé des processus de la volonté et de l'attention, l'exactitude de l'impressionnabilité est profondément atteinte, l'affaiblissement de la mémoire est surtout prononcée pour les éléments de la parole. La capacité de la rétention mnésique pour les impressions visuelles : 62.9 0/0 ; pour les chiffres : 78.1 0/0 ; pour les éléments de la parole : 22.8 0/0 seulement. La compréhensoin, l'aptitude combinatrice, l'habileté intellectuelle, l'imagination, restent à peu près intactes, la faculté d'observation est, au contraire, fort atteinte.

Deuxième observation : lésion de la partie antérieure du lobe frontal droit. Nous voyons sur la courbe du profil, deux années après la blessure, que c'est l'attention qui est surtout atteinte au point de vue de sa capacité et de sa stabilité ; la suggestibilité est augmentée, l'exactitude de l'impressionnabilité est, par contre, diminuée. La faculté mnésique pour les éléments de la parole est surtout atteinte. La capacité de la rétention mnésique pour les impressions visuelles est de 86 0/0 ; pour les chiffres de 63.2 0/0 ; pour les éléments de la parole de 31.3 0/0. La compréhension, l'aptitude combinatrice, l'habileté intellectuelle, l'imagination, sont à peu près intactes, la faculté d'observation est profondément affectée.

Troisième observation : lésion simultanée de la partie moyenne du lobe frontal gauche et de la partie antérieure du lobe frontal droit par une balle.

La courbe du profil présente, dix mois après la blessure, un tableau

(1) CHOROSCHKO. — La méthode du profil psychologique, appliquée à l'étude des lésions et des fonctions des lobes frontaux. *Journal de neuropathologie et de psychiatrie de Korsakow*, 1929, n° 3-4.

©BIUM

analogue à celui des deux cas précédents. La volonté et l'impressionnabilité sont atteintes ; la capacité d'attention l'est surtout ; la suggestibilité, l'exactitude de l'impressionnabilité et la reproduction sont profondément affectées. La mémoire est relativement mieux conservée, mais néanmoins, avec diminution de la rétention mnémonique surtout pour les éléments de la parole. La capacité de la rétention mnémonique : impressions visuelles, 73.3 0/0 ; chiffres, 55.8 0/0 ; éléments de la parole, 32.8 0/0. La compréhension et l'habileté intellectuelle demeurent intactes tandis que la faculté combinatrice, l'imagination et surtout la faculté d'observation sont profondément atteintes.

Quatrième observation : lésion de la partie médiane du lobe frontal gauche. La courbe du profil présente, trois années après la blessure et trois mois après l'opération, une attention considérablement affaiblie surtout au point de vue de sa capacité et de sa stabilité ; un affaiblissement prononcé de la volonté (automatisme) ; l'exactitude de l'impressionnabilité est diminuée ; un grand affaiblissement de la mémoire, surtout pour les éléments de la parole. Nous n'avons pu déterminer la capacité de la rétention mnésique. Les processus compliqués sont moins atteints, surtout la compréhension ; l'imagination et la faculté d'observation sont profondément affectées.

Cinquième observation : la tumeur — un hypernéphrome — siège au milieu du lobe frontal gauche. La courbe du profil démontre, trois mois et demi après l'opération, que c'est la résistance qui est surtout affaiblie parmi les fonctions de la volonté (automatisme et suggestibilité très prononcés). L'exactitude de l'impressionnabilité est surtout affectée du côté de la faculté de reconnaître et de reproduire, la capacité de l'attention est également diminuée ; la mémoire des mots est surtout diminuée. La compréhension, l'aptitude combinatrice, l'habileté intellectuelle sont conservées, l'imagination l'est moins et la faculté d'observation fort peu.

Il est incontestable que les profils psychologiques de ces cinq malades présentent certains traits communs, notamment :

1) Affaiblissement de la volonté, de l'attention et de l'impressionnabilité.

2) Diminution considérable de la faculté mnésique pour les éléments de la parole, en particulier.

3) Intégrité de la compréhension, de la faculté combinatrice avec affaiblissement considérable de l'imagination et surtout de la faculté d'observation.

Le niveau du profil est abaissé (6.3 au lieu de 9.0-10.0). Cet abaissement est surtout marqué pour l'activité et le tonus (5.8).

La capacité moyenne de la rétention mnémonique est de

©BIUM

67.1 0/0 pour les impressions visuelles, 55.8 0/0 pour les chiffres, 27.1 0/0 pour les éléments de la parole.

On peut donner à ce dernier fait l'explication suivante : si la faculté mnémonique, la mémoire, la capacité de la rétention mnésique sont les fonctions de l'écorce cérébrale entière, la rétention mnémonique de certains éléments est liée avec des régions définies de l'écorce. L'affaiblissement de cette fonction en général dépend donc d'un défaut des lobes frontaux (affaiblissement de l'attention, de la faculté mnémonique), quant à la prédilection de cet affaiblissement pour les éléments de la parole, il s'explique par le rôle de l'écorce des lobes frontaux dans l'acte de la parole. Il faut noter aussi que les défauts de la parole de nos malades n'ont rien de commun avec l'aphasie motrice.

La lésion des lobes frontaux affecte l'attention active ; c'est surtout la stabilité et la capacité qui sont atteintes, l'exactitude de l'impressionnabilité, la faculté mnémonique, la faculté d'observation sont aussi affectées ; d'autre part, les fonctions intellectuelles plus hautes, telles que la compréhension, l'aptitude combinatrice, l'habileté intellectuelle sont conservées, bien que profondément altérées.

Nous avons publié, en 1931, un tableau synthétique de notre conception des lobes frontaux et de nos connaissances actuelles à ce sujet. Cette synthèse est fondée principalement sur les conclusions tirées de nos travaux précédents (1). Nous avons pu ajouter aux observations recueillies par nous pendant les années précédentes, une série d'observations nouvelles. Loin de contredire les résultats déjà obtenus, ces observations les confirment, et ajoutent des traits nouveaux à notre conception des lobes frontaux.

Nous avons travaillé pendant les deux dernières années à l'Institut de Sklifasowsky des cas d'urgence et de traumatologie, en qualité de médecin consultant. Un grand nombre de cas de traumatismes se trouvent réunis dans cet hôpital, et nous y avons eu à notre disposition un grand nombre de traumatisés de diverses régions du cerveau. Dans beaucoup de cas nos conclusions ont été contrôlées par l'autopsie. Tous les cas que nous avons observés confirment les thèses que nous venons d'exposer et auxquelles nous sommes arrivés après 25 années d'étude des lobes frontaux.

Nous nous arrêterons, pour conclure, à certains problèmes

(1) CHOROSCHKO. — Lobes frontaux. *Bolshaya Médizinskaya Encyclopédia*, F. XVI.

©BIUM

qui sont pour nous d'un grand intérêt, et qui ne peuvent encore être considérés comme résolus. D'autre part, nous voulons encore une fois souligner les thèses qui nous paraissent importantes pour le problème que nous étudions.

1) Si nous envisageons la question au point de vue philogénétique, les données de l'anatomie comparée nous apprennent que c'est dans le genre humain que les lobes frontaux présentent un développement maximum. Même les singes supérieurs ont des lobes frontaux bien moins développés que l'homme. Les lobes frontaux de l'homme occupent 30-40 0/0 du manteau cérébral.

Cependant, les ruminants ont des lobes frontaux fort développés. Chez les chevaux, les vaches, les chèvres, ils occupent un peu moins que 30 0/0 du manteau cérébral.

L'aspect macroscopique des lobes frontaux nous apprend qu'ils sont bien développés chez les Pinnipèdes et chez les Phocidés (le phoque, la loutre, l'ours marin). Tous ces animaux ont les circonvolutions du cerveau bien développées en abondance. Il nous paraît utile de faire, pour éclairer notre problème, une étude comparative du degré de développement des lobes frontaux des animaux et des particularités de leur conduite.

2) Il nous paraît fort important, au point de vue de l'ontogénèse, de fixer notre attention sur le lien qui existe entre le développement des lobes frontaux et celui des capsules surrénales. Il nous semble difficile à comprendre pourquoi dans certains cas nous avons un manque de développement corrélatif ou direct de ces deux organes.

3) Les recherches cyto-myélo-architectoniques des lobes frontaux n'ont point encore dit leur dernier mot. Les déviations et les particularités individuelles sont fort nombreuses. Les fonctions liées aux lobes frontaux doivent, apparamment, être attribuées aux troisième, cinquième et sixième couches de l'écorce cérébrale, car ce sont ces couches qui sont les plus développées (Economo). Nous attendons aussi avec grand intérêt, les résultats nouveaux que l'étude de l'angio-architectonie de cette région du cerveau doit nous procurer.

L'amincissement de l'écorce cérébrale vers le pôle frontal constitue un fait curieux qu'il serait intéressant de comprendre et d'expliquer.

4) Les données expérimentales ne sont pas dénuées d'intérêt. On y trouve beaucoup de contradictions. Ce n'est pas seulement le choix des animaux et l'imperfection de la méthode qui font

©BIUM

que les résultats obtenus par les expérimentateurs sont différents, ce sont aussi certaines prémisses générales, qui dirigent les idées de l'expérimentateur. Le dressage des animaux est surtout fort intéressant. Les animaux, dont les lobes frontaux ont été extirpés, présentent pour nous un intérêt considérable. Leur conduite est manifestement troublée. Ils deviennent impuissants, incapables de surmonter les difficultés, impulsifs ; la réaction pupillaire est modifiée, les habitudes acquises par le dressage disparaissent. Il est fort curieux qu'on constate chez certains animaux (les chiens notamment) un état de dénutrition malgré la boulimie (Demidoff, Satournoff, Affanasiew).

Le professeur Popow a publié récemment une série d'expériences sur la neurorégulation de la nutrition (1). Il a étudié les troubles trophiques chez des animaux dont les lobes frontaux ont été extirpés, notamment chez des pigeons, des poulets, des lapins, des cobayes, des rats blancs. Il compare ces observations avec celles faites sur la nutrition des enfants ayant une lésion organique du cerveau. Les troubles de croissance observés dans des cas pareils sont compatibles avec une alimentation suffisamment riche en calories et avec une assimilation normale des aliments.

Citons ici quelques conclusions que le professeur Popow et ses collaborateurs ont tirées de leurs travaux.

a) Le mécanisme nerveux central, situé dans la partie antérieure du cerveau, provoque chez les animaux adultes une inhibition de la déposition des substances nutritives dans l'organisme, tandis que chez les jeunes animaux il stimule la croissance. L'extirpation de la partie antérieure du cerveau provoque une déposition abondante des substances nutritives dans l'organisme chez les animaux adultes, toutes les glandes à sécrétion interne étant intactes ; chez les jeunes animaux, au contraire, cette extirpation provoque un retard et même un arrêt complet de croissance.

b) La vie des pigeons normaux en état de jeûne absolu est prolongée par l'action des irradiations ultra-violettes, la perte de poids quotidienne est diminuée.

c) Les pigeons privés du cerveau antérieur meurent plus vite, dans les mêmes conditions (jeûne absolu, action des irradiations ultra-violettes), leur perte de poids quotidienne est plus rapide.

d) L'action des rayons ultra-violets sur les pigeons normaux les rend semblables aux oiseaux opérés ; par contre, l'action des rayons

(1) Régulation nerveuse de la nutrition. Revue des études, rédigées par le professeur N. A. Popow, Moscou, 1933.

©BIUM

ultra-violets sur les pigeons opérés les prive des avantages qu'ils avaient sur les pigeons normaux.

e) L'extirpation du cerveau antérieur amène toujours chez les poulets une hypoplasie du thymus.

f) L'augmentation du poids des oiseaux, dont le cerveau antérieur est lésé ou extirpé, est due, principalement, aux dépôts de graisse, et non à une accumulation d'eau.

g) La décérébration retarde la croissance des poulets beaucoup plus que l'extirpation de la thyroïde et des glandes génitales.

Il est certain que l'application de ces expériences à la doctrine des lobes frontaux est douteuse, la région antérieure du cerveau étant extirpée, y compris la partie antérieure du corps strié. Néanmoins, l'influence des lobes frontaux sur les phénomènes trophiques est incontestable : les expériences sur les chiens confirment aussi cette thèse. Nous avons eu, pendant ces dernières années, l'occasion de voir des lésions traumatiques des lobes frontaux chez l'homme. Les observations nous apprennent que les malades éprouvent un appétit énorme. Ils mangent deux dîners de suite, ils sont toujours prêts à absorber de la nourriture sans pouvoir se rassasier et sans augmenter notablement de poids.

5) Les descriptions, fort peu nombreuses d'ailleurs, des cerveaux des gens de talent (c'est-à-dire les données géniologiques), nous amènent à certaines conclusions par rapport aux lobes frontaux. Cette région du cerveau paraît être mieux développée chez les gens qui manifestaient un talent pour la science, les mathématiques, la musique, la politique, plutôt que chez ceux qui avaient un talent pour la peinture ou la sculpture. Cependant, ce domaine exige encore une étude systématique et approfondie. L'activité de l'Institut du Cerveau à Moscou est fort intéressante à cet égard. Cet Institut recueille les cerveaux des gens de talent et en fait une étude soigneuse et approfondie.

Il est hors de doute, que le défaut de l'attention active et de l'initiative, le vide moral (manque de manifestations individuelles bien prononcées) sont toujours liés aux lésions des lobes frontaux. Citons, pour exemple, l'observation d'une jeune fille qui a fait des études supérieures techniques, et qui, après une encéphalite, a perdu tout intérêt dans la vie, qui paraît être morale vide, tout en conservant l'intégrité des fonctions sensorielles et motrices élémentaires, la parole, l'orientation et la mémoire. La malade est calme, propre, elle fait tous les actes nécessaires de la vie quotidienne, mais depuis deux années, elle reste passive, sans initiative, silencieuse. L'encéphalographie démontra que cette malade avait une grande porencéphalie du lobe frontal droit.

©BIUM

6) (1) Nous attribuons à la dysfonction des lobes frontaux, surtout des deux lobes, ou du lobe droit, une série de symptômes que nous qualifions de troubles de la conduite, par exemple : les fonctions naturelles se font dans des endroits non appropriés et d'une façon désordonnée (mixtion et défécation au lit, dans la vaisselle, dans des crachoirs, etc.), parfois actes agressifs, sans motif et but, tendance à s'enfuir, mutilation de soi-même (morsures, suicide sans motif ni but), etc...

Nous envisageons toute une série d'accidents de nature épileptique, tels que : petit mal, absence, équivalents ambulatoires et psychiques, autrement dit, des troubles particuliers de la conduite comme une altération de la fonction des lobes frontaux. Nous considérons aussi le réflexe de préhension et les symptômes catatoniques que nous avons observés en clinique dans une série de cas, comme des manifestations élémentaires des lésions de lobes frontaux.

7) On rencontre aussi des troubles sensoriels et moteurs et des troubles psychomoteurs liés aux altérations des lobes frontaux ; troubles des mouvements syncinétiques des yeux (nystagmus, clignement exagéré, etc.), troubles de la parole, de l'écriture, des actions (praxie). Ces derniers troubles existent, non seulement dans la localisation gauche mais aussi dans la localisation droite ; ils se traduisent par une absence ou une modification du côté moteur, de la spontanéité, de l'initiative. La mimique est atteinte (dissociation de la mimique et des sentiments, mimique inopportune, mimique privée de motif, mimique discordante). Il existe des troubles du côté des réflexes; pour les pupilles: modification de la largeur, réaction anormale; pour les réflexes tendineux et cutanés : manifestations paradoxales, abolition de certains réflexes. Du côté des troubles sensoriels ce n'est habituellement que l'olfaction qui est atteinte. Au contraire, l'absence des troubles sensoriels est caractéristique des affections des lobes frontaux.

8) L'explication de certains phénomènes, observés dans l'affection des lobes frontaux n'est pas encore trouvée ; ce sont, d'une part : l'apathie, l'absence de l'attention active, de l'initiative, le vide moral ; d'autre part, des phénomènes d'excitation (activité discordante, sans motif, dissociation dans les manifestations de la volonté et des émotions). De même les

(1) Un exposé plus détaillé des paragraphes 6 et 7 a été fait à la session de neurochirurgie (Moscou, 3-6 mai 1935). CHOROSCHKO, « Lésions des lobes frontaux ».

©BIUM

alternances d'humeur n'ont pas été jusqu'à présent expliquées. Rien ne change au problème si nous considérons ces phénomènes comme le résultat de différents processus morbides, ou comme la fonction de telle ou telle autre localisation du processus, si ces phénomènes ne sont qu'une manifestation d'une inhibition quelconque ou au contraire d'une désinhibition. Il nous manque ici des connaissances précises dans le domaine des différenciations tout autant que dans le domaine des généralisations.

9) Nous tenterons d'émettre certaines hypothèses, fondées sur les données que nous possédons et sur les observations cliniques que nous avons faites pendant un certain laps de temps. Nous envisageons le problème au point de vue psychophysiologique et nos résultats se basent sur la méthode pathognostique.

Nous considérons comme établi, le fait que l'attention active est atteinte dans la lésion des lobes frontaux. L'attention active caractérise le degré supérieur des processus de conscience. D'autre part, les fonctions psychiques ou les processus de conscience s'écoulent dans le temps. D'après notre point de vue, le temps est mesuré et perçu par l'organisme comme l'écoulement rythmique d'une série de processus organiques, par conséquent, comme une alternance de sensations organiques. Nous avons eu bien des fois l'occasion de constater chez des malades avec des lésions des lobes frontaux, qu'ils apprennent mieux et beaucoup plus vite à s'orienter dans l'espace que dans le temps au fur et à mesure que la conscience leur revient. Nous voyons parfois, un malade qui, longtemps après le traumatisme, nous paraît être en parfaite santé, il n'y a que l'orientation dans le temps qui cloche. Il confond les heures, les moments des repas, il oublie s'il a dîné ; il réclame son dîner le matin, il ne sait plus s'il dîne ou s'il déjeune, etc. Il est intéressant de comparer ces troubles avec les troubles dans le domaine des sensations organiques, observés chez des malades de ce genre, notamment: troubles du rythme respiratoire, absence de satiété, besoin de manger, troubles du côté des organes du bassin, etc. Ces modifications des sensations organiques peuvent être comparées avec les troubles trophiques que nous avons décrits plus haut. Les modifications de la respiration constatées depuis longtemps par Joukowsky pendant les expériences sur les lobes frontaux ont la même origine. Pour notre part, nous avons eu l'occasion de constater, que la mort chez les malades à lobes frontaux traumatisés survient parfois par paralysie

©BIUM

respiratoire, le cœur continuant à battre bien longtemps après que la respiration a cessé.

De cette façon, un lien intime entre les processus d'ordre végétatif et les lobes frontaux s'établit dans notre conscience. Ces processus agissent par excitation de certaines sensations organiques et constituent un fond pour les processus psychiques et la perception du temps par l'organisme. Le même fait est exact pour les oscillations de l'attention active qui est une forme supérieure de la vie de l'organisme. Ce processus se traduit dans la mentalité de l'individu comme un processus de conscience supérieure, il se manifeste extérieurement chez les malades dont les lobes frontaux sont atteints par des troubles de la conduite, de l'initiative et des fonctions de la volonté.

*
**

Si nous résumons tout ce que nous venons d'exposer, il nous faut avant tout revenir à l'étude méthodologique, que nous avons faite en 1911. Nous avons fondé cette étude sur toute la littérature qui existait alors à ce sujet, et sur nos observations personnelles, commençant par 1905 ; nous avons essayé alors de résoudre le problème qui, à cette époque, avait la plus grande importance : les lobes frontaux ont-ils un rapport avec la vie psychique ? La solution du problème n'était point possible alors ; néanmoins, des faits nombreux parlaient déjà en faveur d'une réponse positive. Il nous semblait possible d'affirmer que l'étude ultérieure devait être dirigée de façon à prouver ce rapport. Nous avons supposé en même temps, que les lobes frontaux sont liés avec ce que nous désignons comme aperception.

Nous avons fait ensuite une étude spéciale des traumatismes et des abcès des lobes frontaux chez l'homme, pendant le temps de paix et surtout pendant le temps de guerre. Onze années plus tard, notamment en 1922, nous étions en état de considérer le problème du rapport des lobes frontaux avec la vie psychique comme résolu ; voici comment nous avons formulé nos conclusions : ce sont surtout les fonctions de l'attention active et de la conduite qui sont liées aux lobes frontaux (initiative, spontanéité). Ceci constitue l'étape la plus importante dans nos recherches sur le problème des lobes frontaux. *Les troubles de l'attention active et de la conduite* d'après nos idées constituent les symptômes les plus caractéristiques des lésions des lobes frontaux.

©BIUM

Nous ajoutons à la symptomatologie déjà bien connue des lésions des lobes frontaux une série de symptômes, tirée de nos observations cliniques des dernières vingt années. Ces symptômes ne sont pas encore bien connus :

1) Modification de la largeur et de la réaction des pupilles.
2) Manifestations paradoxales des réflexes.
3) Une série de troubles du côté du système nerveux végétatif des sensations organiques, de la nutrition, de la respiration.
4) Désorientation dans le temps.
5) Troubles dans le domaine des fonctions émotives et dans les mouvements expressifs.

Si la partie postérieure du cerveau (région pariétale, occipitale et temporale) est liée à la fonction cognitive, prise dans le sens étroit du mot, et à ce que nous appelons le « schéma du corps », si cette partie du cerveau est liée à notre orientation dans l'espace, dans le monde extérieur, qui comprend aussi le schéma du corps, par contre la partie antérieure du cerveau est caractérisée par une fonction productive, créatrice (la parole, la praxie, l'écriture, la préhension, la conduite, etc), par l'activité, les manifestations de l'initiative, de la spontanéité, de l'autisme. La fonction de la partie antérieure du cerveau est donc évidemment liée au monde intérieur et pas au monde extérieur. Il est certain que la tentative d'opposer la région frontale du cerveau aux autres régions n'est que conditionnelle et ne peut être envisagée que d'un point de vue tout à fait général. Les fonctions des deux parties du cerveau sont intimement liées et présentent, au point de vue physiologique comme au point de vue psychologique, une entité dont l'abstraction ne peut être que conditionnelle. Ce n'est qu'en pathologie que nous pouvons constater des troubles de l'harmonie, de l'intégrité, le schisis, l'opposition. Enfin, nos observations cliniques nous ont appris que le lobe frontal droit a une symptomatologie à lui, elle n'en est que plus difficile à différencier car le lobe droit a des fonctions plus raffinées et plus intimes. Le nombre des symptômes dans les lésions des lobes frontaux est d'autant plus grand, que l'examen du malade est plus soigné et plus complet. Nous pouvons, avec une certaine probabilité, affirmer que le cerveau ne contient pas de régions « muettes », mais des régions dont nous sommes impuissants à découvrir la signification.

©BIUM

LA CASTRATION DE L'HOMME POUR PERVERSION SEXUELLE OU DÉLITS DE MŒURS (1)

PAR

CH. WOLF (de Berne)

Il semble qu'une certaine répugnance naturelle s'oppose à l'introduction en France de toute espèce de chirurgie mutilante, qu'il s'agisse de stérilisation eugénique ou de castration thérapeutique pour motif psychiatrique. Je comprends d'ailleurs parfaitement cette répugnance, motivée par le respect de l'homme en tant qu'individu, respect qui constitue le fondement même de la conception française du droit et de la médecine et qui honore l'un et l'autre. Si l'eugénisme agressif, tel qu'il tend à s'implanter dans la pratique juridique et chirurgicale courante de certains pays, appelle de justes critiques, j'ai pu me convaincre, au cours de plusieurs années d'études, que la castration, appliquée avec discernement, a droit à l'intérêt du juriste et du médecin, et souvent même à la reconnaissance du malade opéré. Dans un ouvrage paru récemment en allemand (2), j'ai réuni, d'une part, les connaissances physiologiques et psychologiques qui permettent de se faire une idée des risques de la castration et du mécanisme de son action, d'autre part, toutes les observations déjà publiées qu'il m'a été possible de rassembler, complétées par une série de 42 observations inédites. Ce sont les résultats de cette étude que je vais tenter de résumer ici ; le cadre de ce travail ne me permet pas de rapporter les observations elles-mêmes ; je le regrette, parce que la connaissance directe des faits, de la vie misérable des pervertis criminels avant l'inter-

(1) Travail de la Clinique chirurgicale de l'Université de Berne. (Dir. : Prof. Dr F. de Quervain).

(2) *Die Kastration bei sexuellen Perversionen und Sittlichkeitsverbrechen des Mannes.* Benno, Schwabe et Co, Bâle, 1934.

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Octobre 1935.

©BIUM

vention chirurgicale, de leur résurrection individuelle, familiale et sociale après la castration, et dans d'autres cas, des troubles auxquels l'opération les expose, est infiniment plus précieuse que toutes les statistiques. La statistique est obligatoirement faussée par l'apport subjectif du jugement ; comme elle se base sur un nombre relativement petit de cas, elle expose à des conclusions que le proche avenir pourrait démentir ; enfin, l'opération qui va nous occuper manifeste son influence surtout dans le domaine psychique, insaisissable à la statistique. C'est pourquoi je me suis efforcé d'observer la plus grande prudence, et le lecteur voudra bien, de son côté, ne pas se départir de son sens critique.

La castration thérapeutique et la stérilisation eugénique ont fait, le plus souvent, l'objet d'études comparées, et se sont trouvées réunies dans un même article. Il importe, me semble-t-il, de faire une très nette distinction.

La stérilisation eugénique n'est pas un acte thérapeutique. Son indication est d'ordre exclusivement social. Elle entend empêcher la procréation d'enfants anormaux voués à une vie malheureuse, et prévenir la plaie sociale qu'ils représentent. L'individu sur lequel l'opération est pratiquée n'en retire aucun avantage personnel, sauf, quelquefois, celui d'une décharge pécuniaire, et ne court aucun risque, l'homme du moins. Chez la femme, il est vrai, le risque opératoire n'est pas négligeable et la stérilité est susceptible d'entraîner des troubles mentaux, pouvant aller, dans certains cas exceptionnels, jusqu'à la psychose. Il arrive que la stérilisation de l'homme par vasectomie ou vasoligature développe un certain effet thérapeutique calmant chez des surexcités (non pervertis), ainsi que l'ont observé Sharp et d'autres eugénistes américains, Wagner-Jauregg, Kappis et d'autres auteurs. Mais c'est là un avantage accessoire, auquel on ne pensera même pas quand il s'agira de poser l'indication opératoire.

La castration, au contraire, telle que nous la concevons en Suisse, est essentiellement un acte médical, un traitement ; elle se propose de soulager un malade ou de délivrer, dans la mesure du possible, un anormal de son anomalie. Si elle atteint ce but, elle permettra à l'opéré de reprendre, dans la vie, une situation qu'avaient compromise ses débordements et ses démêlés avec la justice ; c'est lui qui en sera le premier bénéficiaire ; mais c'est lui aussi qui court les risques d'une intervention à répercussions multiples. Sans doute, l'opéré, s'il est guéri, ne sera plus un criminel dangereux ; s'il est à même de gagner sa vie, il ne tombera plus à la charge de l'assistance publique ; enfin, il sera stérile.

©BIUM

ce qui peut être, le plus souvent, considéré comme heureux. Mais les avantages sociaux, sauf la stérilité, ne sont que des conséquences du succès individuel de l'opération, et ne sauraient être complets sans lui. Tel n'est pas l'avis des législateurs allemands qui ont créé la loi sur la castration des délinquants de mœurs récidivistes ; pour eux, l'essentiel est de protéger la société contre des éléments dangereux ; le bénéfice individuel de l'opéré est accessoire et le risque indifférent. Nous verrons, à la fin de cette étude, si les faits leur donnent raison, si le résultat social de la castration par contrainte justifie une violation de l'intégrité corporelle, et simultanément d'un principe de droit qu'on croit encore digne de respect dans nos régions.

La stérilisation eugénique ne nous occupera pas davantage ici. Toutefois, je crois utile de résumer les dispositions de la loi allemande de juillet 1933, destinée à prévenir la procréation d'une descendance tarée, dite « loi de stérilisation ». La stérilisation est prévue par la loi pour les porteurs de maladies héréditaires (ou prétendues telles par la science actuelle) suivantes : 1) débilité ou imbécillité congénitale ; 2) schizophrénie ; 3) folie circulaire ; 4) épilepsie héréditaire ; 5) chorée de Huntington ; 6) cécité congénitale ; 7) surdité congénitale ; 8) malformations congénitales graves, éventuellement alcoolisme invétéré. La stérilisation peut être réclamée par le patient, par son tuteur, par le directeur d'un établissement pénitentiaire ou d'un asile d'aliénés ; la demande doit être accompagnée d'une attestation médicale certifiant que le malade a été mis au courant de la nature et des suites de la stérilisation. La décision est prise par un tribunal composé d'un juge de métier et de deux médecins, l'un étant nommé spécialement à ce poste, l'autre devant être particulièrement au courant des questions d'eugénisme. Une expertise doit précéder le jugement contre lequel il est possible de faire appel devant un tribunal de seconde instance de composition analogue. Si le jugement est confirmé, il peut être exécuté par contrainte. L'opération ne peut être pratiquée que par un médecin diplômé et dans un établissement reconnu officiellement. Les seules opérations admises sont la vasectomie et la salpingectomie. En dehors des cas où la stérilisation est ordonnée en vertu des prescriptions de la loi, elle n'est autorisée, — de même que l'enlèvement des glandes génitales — que si un médecin l'exécute selon les règles de l'art médical afin de parer à un danger grave pour la vie ou la santé de celui sur qui elle est pratiquée, et avec son consentement (1).

(1) Le texte *in extenso* de la *Loi allemande pour empêcher la transmission des maladies héréditaires* (Loi de stérilisation du 14 juillet 1933) a été publié dans le numéro d'octobre 1933 (pages 444-447) des *Annales Médico-Psychologiques*.

©BIUM

Historique de la castration thérapeutique pour motif psychiatrique

La castration passe pour avoir été en usage, dans l'antiquité déjà, comme punition pour les fauteurs de viol ; les Troglodytes et les Egyptiens sous Sémiramis, dit-on, châtraient les enfants malformés, et les Ecossais du Moyen-Age, les fous. Comme calmant pour les fous furieux, elle a certainement été tentée dans nos régions au Moyen-Age et jusqu'au XVIII[e] siècle, dans des cas où les traitements les plus héroïques de l'époque n'avaient aucun résultat ; et on ne craignait pas, dans ces cas-là, d'aller jusqu'à l'artériotomie. Inutile de dire que les castrations entreprises pour guérir la goutte, la lèpre et d'autres maladies de peau, ont dû décevoir également leurs auteurs et leurs victimes. On n'a pas encore oublié la vogue dont a joui la castration à la fin du siècle dernier dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. Le Norvégien Ramm et les Américains White et Kirby l'ont proposée en 1893 ; selon Socin, c'est au Russe Ssinitzin que devrait revenir l'honneur du premier essai et du premier succès (1886). On s'aperçut, après plusieurs centaines de castrations, que le succès était loin d'être assuré. Il y eut 15 à 20 % d'échecs ; on abandonna complètement la castration, comme la vasectomie, tentée à la même époque et dans le même but, bien avant Steinach. (Récemment, la vasectomie a été reprise sous la forme du « Steinach N° 2 » ; la méthode est encore l'objet d'âpres discussions, mais nous n'avons pas à nous en occuper ici).

La castration thérapeutique motivée par une indication psychiatrique stricte date de 1892 ; elle a été pratiquée à Zurich pour la première fois, sur le conseil de Forel, dans un cas d'imbécillité avec éréthisme sexuel, parce que le patient, souffrant de violentes névralgies testiculaires, menaçait de se châtrer lui-même. Les premières castrations de pervertis criminels ne datent que de 1906 (cas d'Oberholzer et von Sury, à Zurich aussi). Aux Etats-Unis, le plus ancien projet de loi prévoyant la castration des anormaux a été déposé en 1909, en Californie, et n'a été déclaré constitutionnel qu'en 1912. Jusqu'en 1930, nous connaissons plus de 60 cas en Suisse, plus de 150 dans quelques Etats américains et 6 seulement dans le reste de l'Europe. Cette différence provient, d'une part, des dispositions légales protégeant expressément la faculté de procréer dans certains pays (Allemagne, Autriche), d'autre part, de motifs religieux ou moraux, dans les pays où la loi ne s'opposerait pas à la castration, comme en Belgique.

©BIUM

En France, la situation ne me paraît pas claire ; le code pénal n'a pas été modifié à cet égard, si je ne fais erreur, depuis 1832 ; il punit le « crime de castration » de travaux forcés à perpétuité (§ 316). Mais la castration thérapeutique entreprise à la demande ou avec le consentement de l'opéré pour lésion organique, tuberculeuse ou autre, n'est certainement pas assimilable à ce crime ; en serait-il de même de la castration pour motif psychiatrique ? C'est une question qu'à ma connaissance, aucun tribunal n'a tranchée. La Suisse, Etat fédératif, a l'avantage de posséder 25 codes pénaux différents. Huit d'entre eux (Bâle-Ville, Fribourg, Grisons, Lucerne, Neuchâtel, Soleure, Tessin et Vaud) considèrent la perte de la faculté de procréer comme caractéristique d'une lésion corporelle grave ; le chirurgien n'ayant pas le droit, même avec l'autorisation du malade, de pratiquer une « lésion corporelle » grave sans raison vitale, la castration est interdite dans ces 8 cantons. Dans les autres, elle est assimilable à une lésion corporelle légère, et peut être exécutée avec l'autorisation du patient ou de ses répondants juridiques. Il va sans dire que toutes les castrations pour motif psychiatrique faites en Suisse l'ont été dans des cantons de ce dernier groupe, sauf deux, et avec le consentement des intéressés.

En 1928, les autorités vaudoises ont adopté une loi, qui eut un certain retentissement, destinée à permettre, dans des limites précises et avec de grandes précautions, la stérilisation eugénique des anormaux ; implicitement, cette loi autorise aussi la castration, sans l'ordonner, en laissant plus de liberté au psychiatre et au chirurgien, liés jusqu'alors par le code pénal. Une loi analogue a été promulguée en 1930 au Danemark, loi particulièrement intéressante par le fait qu'elle crée, à côté de la possibilité de castration ou de stérilisation, sous réserve d'indication précise, des établissements mi-pénitenciaires, mi-hospitaliers pour le traitement des délinquants de mœurs, où on a obtenu des résultats extrêmement encourageants. Par la loi du 24 novembre 1933, l'Allemagne s'est engagée dans la voie des grandes réalisations dans le domaine de la castration. J'exposerai les modalités de cette loi en détail à la fin de mon étude. Enfin, des projets sont actuellement à l'étude en Finlande, Hollande et dans les Etats scandinaves.

Les sources de renseignements sur les effets de la castration

Elles sont nombreuses, et de valeur fort inégale. Les auteurs sont d'ailleurs loin de l'unanimité quand il s'agit de choisir parmi

©BIUM

ces sources celles qui doivent le mieux nous orienter sur les conséquences physiologiques de la castration. Les uns, biologistes convaincus, comptent essentiellement sur l'observation des animaux domestiques châtrés et sur la chirurgie expérimentale ; il est sans doute possible d'arriver, par cette méthode, à une connaissance assez exacte des conséquences physiques de la castration, qui sont pour nous d'une importance secondaire ; les troubles physiques postopératoires qui nous intéressent le plus sont d'ordre subjectif, et l'expérience sur l'animal ne peut nous renseigner qu'imparfaitement là-dessus. Pour nous, il importe avant tout de connaître l'influence de la castration sur l'état psychique, sur l'instinct sexuel et sur ses perversions ; s'il est incontestable que la castration modifie profondément le psychisme des animaux, et notamment leur activité sexuelle, comment en tirer des conclusions valables pour l'homme, ainsi qu'ont tenté de le faire Steinach et quelques autres ? Les répercussions mentales de la castration ne sont vraiment connues que de ceux qui l'ont subie, et leur expérience subjective nous est indispensable. Les castrats humains appartiennent aux groupes suivants : 1. Eunuques orientaux ; ils sont mal connus, par les comptes rendus de voyageurs qui, n'étant généralement pas médecins, ont fait des descriptions sommaires ou superficielles ; de plus, ces eunuques ont été, le plus souvent, châtrés jeunes, un petit nombre seulement après la puberté, et ces derniers sont encore moins bien observés que les autres. 2. Les Skoptzy, secte russo-roumaine de fanatiques religieux de la pureté intégrale ; nous avons, de Pelikan, Tandler et Grosz, Koch, et tout récemment de Pittard, des études de valeur sur leur physique, mais sommaires sur leur psychisme et leur sexualité. 3. Castrats-chanteurs, nombreux à l'époque de la Renaissance (on en faisait jusqu'à 2.000 par an dans les anciens Etats de l'Eglise), et disparus au cours du siècle dernier ; l'histoire d'un certain nombre d'entre eux, devenus célèbres, ressemble trop à la légende pour servir de base à une étude sérieuse. 4. Cas de castration traumatique ou par blessure de guerre et 5. Cas de castration pour lésion organique des testicules chez des sujets psychiquement normaux. De nombreux auteurs (Kauders, Fischer) pensent que c'est dans ces deux groupes qu'on pourra le mieux retrouver les suites « physiologiques » de la castration, son influence sur le psychisme normal et les troubles mentaux qu'elle peut provoquer. Je ne puis me rallier à cette opinion. Il y a, en effet, une différence capitale entre les châtrés malgré eux du groupe 4 et les malades du groupe 5, ayant consenti à la perte de leurs glandes génitales pour

©BIUM

échapper à un danger peut-être mortel. La différence s'accentue encore entre les mutilés du groupe 4 et les castrats du groupe 6 et dernier, comprenant les psychopathes et pervertis criminels. Parmi ceux-ci, plusieurs sont venus d'eux-mêmes à la castration, la réclamant comme un remède, souhaitant être débarrassés d'un instinct dont ils souffraient, et de jouissances dont les plus claires conséquences étaient de les mener en prison. La perte du désir et du plaisir est un gain pour ces anormaux, alors qu'elle est, non seulement un amoindissement, mais un malheur irréparable pour les mutilés de guerre. Il est bien compréhensible que ces hommes, qui étaient sains de corps et d'esprit, ne puissent accueillir une mutilation aussi grave sans réactions profondes, allant, selon les tempéraments, de la dépression passagère à l'insatisfaction définitive, aggravée par la procédure pour l'obtention d'une rente. Les troubles sur lesquels les plus équilibrés ne s'arrêtent guère font l'objet, pour d'autres, de désirs légitimes d'indemnité. Ainsi commence le cercle vicieux qui mène à l'incurable névrose traumatique. Dans ces derniers cas, ce ne sont pas les suites physiologiques de la castration qu'on pourra observer, mais une foule de troubles surajoutés, dépendant exclusivement de la nature traumatique de la lésion. Un ouvrage récent de Lange nous apporte, à ce propos, une grande série d'observations sur des castrats de guerre (179 cas de castration traumatique totale), qui confirme entièrement mon point de vue, exposé dans le livre cité plus haut.

Parmi les psychopathes, les troubles secondaires existent aussi, et leur gravité est en fonction du degré de contrainte ayant influé sur la décision. Si les châtrés pour lésion organique étaient bien connus, ils fourniraient certainement les meilleurs points de comparaison ; mais il n'existe que peu d'observations approfondies et prolongées, et elles portent presqu'uniquement sur des cas malheureux, les autres se passant facilement de la surveillance médicale. Lange a bien réussi à réunir 63 cas de castration pour tuberculose, mais les dossiers les concernant paraissent, pour la plupart, très incomplets. En définitive, ce sont encore les anormaux et les délinquants qui nous donneront les bases les plus solides d'une connaissance empirique des succès possibles et des dangers de la castration.

Le matériel se répartit de la façon suivante :

Cas inutilisables, parce que non suivis ou non publiés ; plus de 150 cas américains de castration soit thérapeutique, soit préventive. Je n'ai pu me procurer qu'un seul travail relatif à 6 observations, travail d'ailleurs très incomplet et excessivement

©BIUM

optimiste. 28 cas de castration thérapeutique au Danemark depuis 1930, dont les résultats n'ont pas été publiés. Environ 25 cas châtrés soit pour perversion, soit par accident, soit pour lésion organique, dont 3 de ma statistique nouvelle, parce que non retrouvés.

Observations incomplètes ; une trentaine de cas de la littérature se rapportant en partie à des pervertis, en partie à des maladies organiques, en petit nombre à des accidentés. Je compte dans ce groupe les 6 cas américains de Barr. Enfin, les 13 cas danois communiqués par M. Schmidt sont assez incomplets pour être comptés ici.

Cas inutilisables. 23 cas de pervertis d'Oberholzer-Frank-Maier-von Sury, repris pour la dernière fois en 1933, avec 8 cas nouveaux récents, par Hackfield (tous en Suisse), 20 cas de la littérature étrangère, dont 4 traumatiques et 2 organiques, un seul paru en France (cas de Féré). Statistique de Lange : 179 cas de castration de guerre ou traumatique étudiés presqu'exclusivement d'après les dossiers, 63 organiques (Tbc). Statistique personnelle : 42, cas dont 33 délinquants récidivistes et 9 anormaux non criminels.

Les cas dits utilisables sont loin de l'être tous au même degré. La première condition pour qu'ils aient toute leur valeur est qu'ils aient été observés assez longtemps. A cet égard, Lange a disposé d'un matériel particulièrement intéressant. Ses mutilés de guerre, comme ses tuberculeux, ont été suivis pendant 10 à 20 ans, quelquefois même davantage, rarement moins. Seuls les cas d'Oberholzer, repris plus tard pour autant qu'ils ont pu être retrouvés par différents auteurs, ont été suivis plus longtemps encore. L'histoire de l'un d'eux démontre que, pour le résultat d'une castration, un jugement définitif ne peut être porté qu'après un délai de l'ordre de plusieurs années : quatre ans après l'opération, amélioration si nette qu'on crut à un succès croissant ; 12 ans plus tard, le succès s'était mué en un lamentable échec. Les troubles tardifs ne sont pas à craindre chez tous les opérés, ils dépendent du caractère, de l'âge, de circonstances extérieures. C'est pourquoi il est bien difficile de fixer un délai minimum. L'expérience m'a montré que certains cas atteignent 1 à 2 ans après la castration une stabilité que rien n'ébranle plus ; d'autres évoluent encore au bout de 10 ans. Il est évident qu'une observation de quelques mois est insuffisante, et qu'entre 1 et 2 ans elle n'a qu'une valeur relative. Dans mon matériel, la durée de l'observation varie beaucoup ; je n'ai pas tenu compte de deux cas suivis moins d'un an ; 10 ont été revus 1 à 2 ans après l'opération, 7 entre 2 et 4 ans, 15 entre 4 et 10 ans et 5 après plus de 10 ans. Si j'ai pu observer mes opérés en moyenne moins longtemps que Lange, j'ai sur lui l'avantage

©BIUM

de les avoir vus presque tous personnellement. L'examen a pu être conduit systématiquement, alors que les rapports sur lesquels il se base constituent des dossiers dont l'homogénéité décroît en raison du nombre des experts.

Dans les observations utilisables, les notes sont incomplètes sur plus d'un point ; je ne me suis servi que des indications précises ; dans les observations incomplètes, j'ai relevé celles qui m'ont paru suffisantes, et spécialement celles relatives à des complications sérieuses.

Le livre de Lange ayant paru très peu de temps avant le mien, je comparerai ici ses résultats avec ceux auxquels j'étais arrivé. Sauf quelques cas de castration traumatique dont je me suis servi à titre de comparaison, et qui se retrouvent dans son ouvrage, nos observations portent sur des séries absolument différentes.

Quelques remarques sur ces cas

Les *délits* se répartissent sur 55 cas utilisés, 21 exhibitionnistes, 8 individus coupables de tentatives de viol, 9 cas d'attentats sur des fillettes, 5 sur des filles et des garçons, 4 sur des garçons seulement et 8 homosexuels. Au point de vue de l'état mental, on ne trouve que 2 normaux (tous deux homosexuels), 2 névrosés, 19 psychopathes, 3 psychopathes à type épileptoïde, 4 schizoïdes, 2 schizophrènes, 2 débiles (+ 8 cas de débilité combinée avec une autre anomalie psychique), 15 imbéciles ou idiots, 2 cas d'imbécillité combinée avec surdité, et 4 cas de « moral insanity » ou aliénation morale. Le défaut de sens moral se trouve encore dans 20 autres cas des groupes les plus variés, mais il est loin d'être l'apanage de tous les délinquants de mœurs. Si l'on tient compte du fait que ceux qui vont jusqu'à la castration constituent un groupe de récidivistes particulièrement incorrigibles, on aura même lieu d'être étonné qu'il ne s'en trouve pas davantage. Plus de la moitié des anormaux criminels réunis ici avait parfaitement conscience du danger moral et social des délits commis, et tentait en vain de lutter contre des penchants qui finissaient toujours, quelquefois sous l'empire de l'alcool, par reprendre le dessus. Six de ces délinquants, dont 3 homosexuels, ont même été désignés comme des natures délicates.

Il n'y a guère de rapports entre la forme des délits et la nature des troubles mentaux. Relevons les faits les plus frappants : 10 psychopathes sur 19 étaient exhibitionnistes, de même que les 3 psychopathes à caractère épileptoïde. Si les schizophrènes (déments précoces) manifestes n'ont pas commis de délits proprement dits (l'un d'eux s'est promené pendant 15 jours tout nu et

©BIUM

a exhibé une fois, l'autre ne s'est attaqué qu'à des internés adultes), les schizoïdes, qui n'en étaient pas encore au stade de la folie déclarée, se sont montrés extrêmement actifs et dangereux. Les délinquants les plus dangereux sont les faibles d'esprit, ils fournissent un gros contingent des coupables de tentatives de viol ; mais aucun d'entre eux n'est atteint de pédophilie pure (attentats sur des garçons seulement). Parmi les homosexuels, un seul était débile.

Dans 21 cas appartenant à toutes les catégories, les délits de mœurs alternaient avec d'autres délits, vols, détournements, escroqueries, etc.

Sur les 24 *non délinquants*, 8 ont été châtrés pour onanisme excessif, 2 pour névrose, 1 schizophrène pour tentative de meurtre par jalousie, 6 pour perversions non criminelles, fétichisme, transvestitisme, etc., 4 par accident et 3 se sont châtrés eux-mêmes. Mentalement, 2 normaux, 7 névropathes, 1 épileptique, 3 schizophrènes, 3 débiles ou imbéciles, 4 cas de « moral insanity » (américains), et 4 cas dont l'état psychique n'est pas assez connu pour être classé. En outre, je me suis servi de 3 cas de castration pour maladies organiques, 2 tuberculoses et un cancer.

Des perversions assez répandues, comme le fétichisme, le sadisme, le masochisme, la coprolagnie, ne se rencontrent qu'exceptionnellement dans notre matériel : 5 fétichistes, 2 sadiques, 1 masochiste, 1 cas de coprolagnie et 3 de transvestitisme.

L'étude des *antécédents* offre un grand intérêt, à condition d'être détaillée, et la place me manque ici. Je me contenterai d'indiquer brièvement les constatations les plus importantes que j'ai pu faire dans mon matériel personnel, plus homogène que celui que j'ai rassemblé dans la littérature. *Hérédité* chargée dans 65 % des cas, suspecte dans 15 %, normale dans 20 %. Alcoolisme notoire des ascendants dans 42 % des cas, les enfants de ces alcooliques ont tous été des délinquants sauf un. J'ai recherché les indices d'hérédité directe de perversions, mais n'ai pu me convaincre que, dans les 5 cas où les parents étaient eux-mêmes atteints d'aberrations graves, ce n'est pas le mauvais exemple autant que l'hérédité qui avait contribué à dépraver les fils. Deux fois seulement, père et fils présentaient la même anomalie. Parmi les homosexuels, il n'en est qu'un, dans l'ascendance duquel il y ait des signes évidents de la même aberration, chez la mère, alors que le père était épileptique ; sauf deux, les autres homosexuels avaient une hérédité chargée, mais sans perversité manifeste. Un de nos exhibitionnistes avait un père homosexuel, sans que rien ne permette de croire qu'il l'ait été lui aussi. Ces

©BIUM

observations sont trop peu nombreuses pour infirmer ou confirmer une théorie ; je noterai simplement que mon matériel n'apporte pas de preuve en faveur de la nature héréditaire de l'homosexualité.

La *descendance* de nos castrats est peu nombreuse, en moyenne peu douée, mais plutôt supérieure moralement et intellectuellement, pour autant qu'on puisse déjà juger, au niveau paternel.

Onanisme. Il est très fréquent, comme on pouvait s'y attendre. Dans mon matériel, je ne trouve pas de note à ce sujet dans 5 cas d'imbécillité et chez un malade décédé. Tous les autres, sauf 1 névropathe, s'y sont adonnés, les 2/3 environ spontanément, 1/3 environ après initiation par des camarades ou des séducteurs. Le matériel de la littérature est assez incomplet à cet égard, l'onanisme est toutefois mentionné dans 14 cas, et 2 seulement en étaient sûrement indemnes, un castrat de guerre et un névropathe. Relevons quelques faits curieux : tous les homosexuels sont venus d'eux-mêmes à la masturbation, non pas, comme on pourrait le supposer, parce qu'ils ont commencé très tôt, au contraire ; ils s'y sont mis en moyenne plus tard que les garçons normaux. Les pédophiles ont commencé de bonne heure, quelques-uns excessivement tôt (5 à 8 ans), et souvent après initiation. Celle-ci a très rarement, 2 fois seulement, été le fait d'adultes. Le rôle de l'onanisme dans la genèse de la criminalité est loin d'être clair. Remarquons pourtant que les 3 individus qui ne se sont jamais masturbés ont été tous trois absolument inoffensifs. L'âge de la masturbation correspond le plus souvent au début normal de la puberté, 12-14 ans, moins souvent 15-16 ans. La plupart des imbéciles ont débuté dans les délais normaux, ce sont des psychopathes qui ont commencé soit très tôt, soit très tard (20 à 22 ans). Sur les 6 précoces, 3 seulement sont devenus criminels. Tous les retardés, par contre, ont commis des délits ; 6 sur 8 sont devenus exhibitionnistes.

L'alcoolisme a joué un rôle important, mais infiniment moins écrasant que certains antialcooliques convaincus ne l'eussent désiré. Dans ma statistique personnelle, il a été, pour 12 cas, la cause immédiate des délits et chez 2 hypéronanistes, déterminant de crises de surexcitation. L'ivrognerie invétérée est tout à fait rare : en général, ce sont de petites quantités d'alcool, mal tolérées, qui ont suffi à noyer les freins moraux ou la salutaire peur du gendarme ; l'ébriété, même épisodique, n'est pas fréquente, sauf dans 2 cas de dipsomanie (sans autres signes d'épilepsie).

Le rôle des *traumatismes psychiques* (Binet) est, selon les catégories de délinquants, d'importance très inégale ; il est possible

©BIUM

que le souvenir de certains événements influe sur le développement des penchants : 4 exhibitionnistes avaient eu, enfants, l'occasion d'observer des exhibitions ; tous quatre prétendirent, peut-être à tort, que ce spectacle n'avait fait aucune impression sur eux à l'époque ; 4 pédophiles furent victimes d'attentats exactement de la nature de ceux auquels ils se sont livrés plus tard.

Notons enfin qu'une éducation manquée, ou plus souvent encore une enfance malheureuse, ont été le point de départ de carrières criminelles. La question du traitement des jeunes délinquants et des anormaux mineurs est des plus angoissantes ; on n'a jamais eu recours à temps au médecin ou au psychiatre dans les cas dont je me suis occupé, et je me suis demandé s'il ne serait pas possible de faire, dans le domaine de la prophylaxie, des progrès susceptibles de rendre inutiles, en partie du moins, les lois draconiennes qui tendent à s'implanter dans le monde. L'éducation et le traitement médical précoce des anormaux seraient sans doute onéreux, et ils demandent des dévoûments exceptionnels. Ces difficultés sont-elles insurmontables ?

Les effets de la castration sur l'instinct sexuel

Sur ce point, il est essentiel de posséder des indications précises ; il n'est pas rare qu'on trouve, dans la littérature, des remarques comme « instinct sexuel affaibli » ou « libido diminuée » ; que faut-il entendre par là ? Il m'a paru indispensable de distinguer entre les différents aspects. L'instinct sexuel n'est pas une entité compacte, une fonction assez simple pour être qualifiée en bloc ; le moins qu'on puisse faire est d'étudier séparément le désir lui-même, la « libido » d'une part, d'autre part, la fonction physique, la puissance sexuelle, enfin l'objet du désir, c'est-à-dire l'ensemble des associations ou des pensées régulièrement liées à l'état d'excitation libidineuse. Je distingue donc 3 groupes, à l'encontre de la plupart des auteurs, qui n'en connaissent que 2, la libido et la fonction physique. Le concept de « libido » prête à des confusions infinies, chacun s'en sert sans s'occuper du sens que d'autres lui donnent. Le plus grand bénéfice que j'ai retiré personnellement de mes études sur la castration, c'est d'avoir appris la différence fondamentale qui oppose la libido à son objet ; la libido est un état de tension psychophysique accompagné de sensations particulières, qui se manifeste à la conscience comme un besoin impérieux, comme une poussée (« Trieb »). L'objet du désir, lui, est du domaine de l'es-

©BIUM

prit ; on peut y penser à froid, sans sentir monter le flux de la passion, comme il peut arriver que l'état de libido s'impose spontanément, en dehors de lui. L'objet du désir varie sous de multiples influences extérieures et intérieures entre l'enfance et l'âge adulte, et parfois plus longtemps encore ; normalement, il finit par se fixer sous la forme d'un certain type de l'autre sexe. L'état de libido, s'il existe avant la puberté, est incomplet, larvaire ; il n'acquiert toute son intensité qu'à l'adolescence, parce que sa plénitude est liée à la faculté de résonance du corps, et que son évolution complète est impossible sans les phénomènes physiques parallèles. Les perversions sont caractérisées presque toujours par des déviations dans l'objet du désir, et très rarement par des modifications qualitatives ou quantitatives de la libido. L'excès de libido ne mène qu'à des débordements ; son défaut, ou une capacité émoussée de jouissance peut, par contre, mener à des actes délictueux, l'esprit recherchant des sensations fortes ou rares pour compenser l'insuffisance physique.

Pour bien comprendre l'action de la castration sur l'instinct sexuel, ces distinctions étaient nécessaires ; on verra d'ailleurs que l'expérience les justifie.

1. *Libido.* — Pour parler d'une libido *inchangée* après la castration, il faudrait que la tension libidineuse n'ait diminué ni en fréquence, ni en intensité, ni en volupté ; je n'en ai pas vu d'exemple ; peut-être était-ce, tout au plus, le cas d'un schizophrène. Dans la littérature, j'en ai rencontré 4 cas, mais je doute que la libido ait été véritablement pareille à ce qu'elle avait été. Certains auteurs vont jusqu'à parler d'une exaspération de la libido, et Lange en cite 2 exemples ; l'un, parce qu'il s'est mis à rechercher la société de nombreuses jeunes filles de 15 à 16 ans, tout en manifestant, dans ses rapports conjugaux, des tendances alternativement sadiques et masochistes ; l'autre, parce qu'après avoir été capable de rapports hebdomadaires pendant 12 ans, il a commencé à avoir des pertes séminales involontaires et des jouissances subites dans la rue à la vue de jeunes femmes, et, à la maison, à souffrir d'éjaculations précoces. Je m'étais déjà servi du premier de ces deux cas, et il m'avait paru que ses goûts, d'ailleurs platoniques, pour des jeunes filles, s'expliquaient parfaitement : une lésion du pénis avec grosse cicatrice avait rendu cet homme timide vis-à-vis des femmes, et il devait se sentir plus à l'aise dans la société de jeunes filles sans exigences ; je n'y ai pas vu de signe d'une libido exaspérée, bien au contraire, pas plus que dans les scènes conjugales à deux et à trois, où se manifestait un esprit désemparé, à la limite de la folie, et non la

©BIUM

violence d'un désir que rien ne pouvait plus satisfaire. Quant au second cas, il est décrit trop brièvement pour que je me permette une opinion.

Légère diminution de la libido ; les états d'excitation sexuelle n'atteignent que rarement leur intensité maximale, ou bien, s'ils sont encore fréquents, ils ont nettement perdu de leur intensité ; l'imagination érotique existe encore, mais elle n'apparaît, selon les cas, que de temps à autre, chez peu de patients, avec une certaine régularité. J'ai vu 7 cas de cette sorte dans mon matériel et 6 dans la littérature.

Forte diminution. Les images érotiques s'espacent jusqu'à devenir exceptionnelles, et laissent les patients presque tout à fait indifférents, froids. La tension voluptueuse a disparu. Il peut y avoir, de loin en loin, des ébauches de désir, mais elles sont de courte durée et n'entraînent plus le besoin d'une satisfaction correspondante. 14 cas dans mon matériel, 3 dans la littérature.

Libido *égale à 0.* Les patients prétendent ne plus avoir de pensées érotiques, l'indifférence est permanente, il n'y a plus d'images sexuelles, avec ou sans désir, ni d'états libidineux, pas même en rêve. 9 de mes cas, 16 autres.

Chez quelques malades, la libido était réduite sans qu'on puisse dire dans quelle mesure.

(Lange ne trouve que peu de remarques précises dans ses dossiers ; il constate, sans donner de chiffres que, si la libido est souvent affaiblie et quelquefois supprimée, elle est loin de disparaître dans la majorité des cas, et peut rester vive).

L'évolution de la libido s'achève en des temps très variables : je l'ai trouvée stabilisée 17 fois en moins de 6 mois, 3 fois entre 6 et 12 mois, 8 fois entre 1 et 2 ans, 15 fois après plus de 2 ans. Il existe un parallélisme frappant entre la rapidité et l'intensité de l'action ; quand l'appétit sexuel a été anéanti, il l'a été, le plus souvent, dans les 6 mois, et réciproquement, quand l'évolution a duré plus de 2 ans, la libido n'a jamais complètement disparu ; dans la moitié de ces derniers cas, elle n'a été que peu influencée.

L'action de la castration ne dépend pas de la forme de l'aberration ; pourtant, j'ai constaté avec surprise que, chez les homosexuels et les pédophiles à tendance homosexuelle, cette action a été 12 fois très intense, et 2 fois seulement médiocre ou minime. Entendons-nous : il ne s'agit pas d'une action sur l'homosexualité elle-même, sur l'objet du désir, mais sur la seule puissance motrice de l'instinct.

En général, l'effet de la castration ne semble pas dépendre de l'état mental des malades. Deux exceptions, dont l'importance

©BIUM

est grande pour la pratique : 1. Chez les imbéciles et débiles de toutes sortes, la castration agit aussi vite que radicalement, presque comme une amputation. 2. Chez les schizophrènes, elle échoue, au contraire, très fréquemment.

L'âge, à l'époque de la castration, est le seul facteur dont l'influence paraisse constante sur les suites opératoires. Les plus fortes réductions de la libido s'observent chez les châtrés jeunes (18 à 25 ans), et chez les châtrés tardivement (après 40-45 ans). Presque tous les cas à libido bien conservée ont été opérés entre 25 et 40-45 ans.

2. Puissance sexuelle. — Une puissance *inchangée* suppose la faculté de cohabitation, au moins presque aussi souvent qu'avant la castration, et la jouissance complète ; je ne connais aucun cas satisfaisant à ces exigences ; pourtant, un de mes malades était capable de rapports conjugaux normaux 3 fois par semaine, 6 ans après la castration ; c'est beaucoup pour un castrat, mais peu, comparé à ses habitudes antérieures, 5 à 6 fois par jour à peu près régulièrement. J'ai trouvé 2 cas dans la littérature, un seulement paraît être resté égal à ce qu'il avait été.

Les cas à puissance *légèrement réduite* étaient capables de rapports normaux plus ou moins occasionnels, avec orgasme (quelquefois prématuré, d'autres fois curieusement retardé), avec une jouissance le plus souvent diminuée. Ejaculations facultatives. 6 cas dans mon matériel, 4 dans la littérature.

Forte réduction : cohabitation impossible, érections rares, faibles et de courte durée, jouissance diminuée. Les éjaculations ne prouvent rien en faveur d'un reste de puissance sexuelle, et ne dépendent que du degré d'atrophie de la prostate. 9 de mes cas, 7 autres.

Impuissance : érections et jouissances supprimées. 14 de mes cas, 14 dans la littérature.

(La statistique de Lange est trop peu nuancée pour donner une idée exacte ; elle porte sur 81 traumatisés et 18 tuberculeux. La puissance s'éteint rapidement chez 44 traumatisés et 7 tuberculeux, lentement chez 17 traumatisés et 5 tuberculeux, elle se maintient chez 20 traumatisés et 6 tuberculeux. Mais Lange suppose que la puissance de ces derniers devait être parfois très relative).

Le parallélisme entre l'intensité et la rapidité de l'action de la castration existe aussi pour la puissance sexuelle, mais il me semble un peu moins net que pour la libido. Les 2/3 environ des impuissances se sont réalisées dans les 6 mois.

L'action de la castration ne dépend pas de l'anomalie psychi-

©BIUM

que du sujet. Les schizophrènes perdent leur puissance physique beaucoup plus régulièrement que leur libido ; je connais une exception, un schizophrène capable d'onanisme 1 à 4 fois par mois 13 ans après la castration, sans grande tension libidineuse, mais avec une certaine jouissance, selon lui, presqu'uniquement corporelle.

L'âge a, pour la puissance, la même importance que pour la libido, c'est-à-dire que tous les cas de puissance relativement bien conservée ont été châtrés entre 21 et 45 ans. Lange constate également que les moins atteints sont les hommes châtrés entre 20 et 35 ans.

Le *rapport entre la libido et la puissance* a retenu l'attention de nombreux auteurs, quelques castrats s'étant plaints, avec plus ou moins d'amertume, de ressentir encore des désirs impérieux qu'ils ne pouvaient satisfaire, et qui déterminaient des dépressions, quelquefois même de profonds désespoirs. On est allé jusqu'à prétendre que la disporportion entre la libido et la puissance était susceptible de conduire au suicide. Lange croit cette disproportion fréquente, sans en exagérer les conséquences ; mais la discrétion de ses dossiers ne permet pas de certitude. Je me suis attaché à réunir sur ce point des données plus approfondies, et suis arrivé aux résultats suivants (sur la question du suicide, voir plus loin).

Rapport d'intensité Libido/Puissance. 53 observations utilisables. 32 fois, congruence complète, libido et puissance étant affaiblies à peu près dans une égale mesure. 6 fois la libido a nettement plus souffert, 15 fois elle a été moins atteinte que la puissance. La disproportion observée dans ces 15 cas ne produit pas obligatoirement les troubles graves qu'on lui attribue ; en effet 3 malades seulement ont été malheureux pour cette unique raison ; un castrat de guerre en a beaucoup souffert, mais d'autres troubles ont largement contribué à attrister sa vie ; chez un de mes malades, la disproportion a provoqué une dépression profonde, mais passagère ; chez deux schizophrènes, on ne saurait dire si c'est la libido non satisfaite ou la démence qu'il faut accuser des dépressions périodiques. Les autres castrats à libido disproportionnée se sont tous déclarés satisfaits. Les 3 cas malheureux de mon matériel l'ont été pour des motifs tout à fait différents.

Rapport de temps. 36 cas utilisables. 25 fois, la libido et la puissance atteignirent leur stade final dans les mêmes délais. 6 fois c'est la libido et 5 fois la puissance qui se maintient le plus longtemps.

3. Objet de la libido. — Dans la règle, il ne subit aucune modi-

©BIUM

fication qualitative ; c'est tout au plus si, à mesure que la libido faiblit, les pensées érotiques se raréfient et se décolorent. Le castrat finit par ne plus penser du tout à ce qui l'avait tant préoccupé. Mais il y a des exceptions. Au cours de l'évolution de certains cas, l'instinct subit des transformations surprenantes ; il lui arrive, en général pour un temps limité, de prendre une forme mûrie, presque normale, accompagnée d'une activité sexuelle absolument normale. Dans d'autres cas plus rares encore, on voit au contraire la perversité s'accroître, le patient cherchant à raccrocher, par des pratiques de plus en plus compliquées, des jouissances qui lui échappent ; ou bien, et c'est le cas le plus curieux, ce n'est pas le corps qui devient inapte au plaisir, mais le désir qui s'émousse et que plus rien ne peut éveiller ; l'esprit fait alors appel à des excitants aussi variés qu'inefficaces.

Normalisation de l'instinct : 9 cas :

1. Avant la castration, prédilection pour les petites filles ; après, amour de longue durée pour une jeune fille de 18 ans, pense au mariage.
2. Schizophrène homosexuel. L'homosexualité se maintient, mais dans les rêves réapparaissent, 10 ans après la castration, des images féminines.
3. Exhibitionnisme et tentatives de viol. La libido ayant perdu sa violence excessive, le désir ne s'attache plus qu'à des rapports conjugaux normaux.
4. Libido phénoménale avec exhibitions et attentats sur des enfants à côté de rapports normaux ; après la castration, ces derniers seuls subsistent.
5. Infantilisme psychosexuel avec pédophilie ; plus tard, amour constant pour une jeune femme.
6. Attentats innombrables sur des fillettes. Huit ans après la castration, premier amour normal.
7. Pédophilie et narcissisme. L'intérêt pour les garçons ne disparaît pas (tout en restant platonique), mais il s'y ajoute une affection pour une femme.
8. Attentats sur des fillettes. Un an après la castration, l'instinct qui avait disparu se réveille, rapports normaux.
9. Onanisme excessif, impuissance. Deux ans après la castration, rapports normaux.

Augmentation de la perversité : 6 cas, dont un seul incontestable :

1. Schizophrène, 4-5 ans 1/2 après la castration, goûts masochistes et efféminés, suspects d'homosexualité.
2. Avant la castration, exhibitions, attentats sur des fillettes ; en-

©BIUM

suite, de plus en plus pervers, prostitution, puis homosexualité et pédérastie ; alcoolisme impénitent. Ce cas est resté le seul de son genre.

3. Castration traumatique. Plus tard, affection pour de toutes jeunes filles, tendances sadiques et masochistes. (Cf. p. 16-17).

4. Homosexuel, châtré par un ami jaloux. De plus en plus efféminé, sentiments maternels (?), goût pour les fleurs et la mode.

5. Homosexualité, plutôt accrue après la castration.

6. Castration traumatique (Lange). Douze ans après, apparition d'images homosexuelles dans les rêves.

Les anomalies associatives (fétichisme, transvestitisme) ne paraissent nullement influencées.

Les phénomènes de sublimation de l'instinct sont rares. Je me contente de relever qu'on peut observer, dans des cas isolés, et chez des individus intelligents, exclusivement, soit un affinement du sentiment religieux, soit un certain intérêt pour la politique, le théâtre ou la musique. Un castrat a montré des dons remarquables d'éducateur. Deux sont devenus des adversaires de la vivisection.

En résumé, la castration semble exercer, sur la force de l'instinct comme sur la puissance physique, une action curative directe, causale, tandis qu'elle n'a, sur les perversions elles-mêmes, qu'un effet indirect et symptômatique.

Effets de la castration sur l'état mental

I. Caractère. — 1. Irritabilité, tempérament coléreux. On a souvent prétendu que les castrats sont soit apathiques, soit irritables ; H. Fischer a contribué à répandre cette opinion, ayant observé, dans 3 de ses 4 cas (2 castrats de guerre et 1 psychopathe), une augmentation considérable de l'irritabilité. Mes constatations ne s'accordent nullement avec ce point de vue ; je n'ai vu que 2 fois une légère augmentation (dans la littérature, 1 augmentation légère et une considérable), et 3 fois le tempérament colérique n'a pas été modifié. Par contre, dans 19 cas, la castration a été suivie d'une amélioration notable, et un bon nombre de mes malades sont devenus parfaitement calmes, qui se fâchaient à tout propos avant l'opération. Je pense que la nature traumatique de la castration explique l'aggravation observée dans 3 cas sur 4. Lange ne donne pas de chiffre concernant l'irritabilité, mais il semble qu'elle n'est pas rare du tout chez ses traumatisés, plus fréquente en tout cas que chez les tuberculeux.

2. Manque de sens moral. L'influence de la castration est

©BIUM

minime. Je n'ai trouvé d'amélioration sensible que dans 4 cas, 3 psychopathes et un schizophrène. Chez 2 ou 3 malades, au contraire, l'immoralité n'avait en rien diminué, les menteurs et les hypocrites sont le plus souvent restés ce qu'ils étaient et si les voleurs se sont assez souvent mis à respecter le bien d'autrui, ce n'est pas toujours parce qu'ils étaient devenus d'honnêtes gens ; la vie plus régulière qu'ils ont pu mener après la castration leur a simplement donné les moyens de respecter les lois. C'est pourquoi je me méfie des succès miraculeux dont se réjouit l'Américain Barr.

3. Névroses, caractère nerveux. Sur 8 cas de névrose caractérisée, 3 ont été améliorés jusqu'à la guérison complète par la castration ; 2 autres ont été guéris indépendamment de la castration après plusieurs années ; 2 ont été améliorés sans qu'il soit possible de savoir exactement comment (citations). Un impulsif nerveux de mon matériel a été complètement remis. Je n'ai pas vu un seul cas de castration thérapeutique suivie de troubles du même genre, hystéroïdes ou névropathiques ; voir par contre le chapitre sur les dépressions permanentes suspectes de paranoïa. La « neurasthénie » croissante du malade de Féré ne peut pas être attribuée uniquement à la castration, puisqu'elle existait déjà avant.

Comparées avec ces résultats, les suites de la castration traumatique font brutalement contraste. 3 castrats de guerre (2 de Fischer), parfaitement normaux avant leur mutilation, sont devenus plus nerveux, agités, inconstants que la plupart de nos anormaux ne l'étaient avant leur opération. Notamment les 2 cas de Fischer ont présenté tous les signes de la névrose de guerre. Deux cas de castration traumatique suivie de névrose ne peuvent être imputés à la lésion, l'état mental antérieur étant inconnu (Cas de Baumm et Wilder). Déjà, parmi les cas que j'avais pu réunir, la castration traumatique ne devait pas obligatoirement conduire à la névrose ; Rieger et Stieda avaient donné des exemples de castrations traumatiques sans conséquences néfastes. Langé donne (outre les cas cités) 3 exemples d'hystérie grave, mais deux fois temporaire ; d'autres fois, dit-il, l'hystérie se maintient, mais il ne donne pas le nombre des observations ; il arrive aussi que des troubles hystéroïdes, observés avant la mutilation dans des lazarets, disparaissent ensuite. Les signes de « neurasthénie » sont loin d'être rares ; la lassitude, le manque de courage au travail, d'initiative, de persévérance, il les a trouvés chez 38 traumatiques et 14 tuberculeux. Ces troubles dérivent soit du désir d'une rente, soit du sentiment d'infériorité déterminé par

©BIUM

la perte des « parties les plus nobles de l'homme ». La névrose n'est, certes pas, une conséquence inévitable de la castration traumatique, mais sa fréquence est suffisante pour confirmer ce que je disais avant de connaître cette série relativement considérable (voir p. 8).

4. Psychopathie. Elle est, au contraire des névroses, un état constitutionnel, et on ne saurait s'étonner qu'elle ne soit généralement pas influencée par la castration. Pourtant, le refroidissement de la sexualité, supprimant la plupart des occasions de conflits, la psychopathie devient moins apparente, et je l'ai vue disparaître presque totalement dans 4 cas. Des circonstances extérieures défavorables, maladie, chômage, deuil, et parfois une épouse acariâtre, peuvent être cause de nouvelles réactions psychopathiques. Ainsi, un de mes malades, qui avait eu dans sa jeunesse des réactions étranges à la suite d'une désillusion sentimentale, a montré, après la mort de sa femme, 8 mois après la castration, toutes sortes de traits nettement schizoïdiques avec des idées frisant la schizophrénie. (Amélioration au bout de quelques mois). Lange attribue les signes de psychopathie de nombre de ses castrats à des dispositions constitutionnelles, la castration n'ayant été pour elles, au même titre que tout autre événement grave, qu'une occasion de se manifester.

II. Schizoïdie, schizophrénie. — H. Fischer a prétendu qu'à la suite de sa castration par blessure de guerre, un de ses malades à tempérament cyclothymique serait devenu schizoïde ; autrement dit, la castration aurait donné naissance à une psychopathie du type qui constitue le terrain favorable à l'éclosion de la démence précoce. Cette communication a fait quelque bruit et contribué à discréditer la castration auprès d'un certain nombre de médecins. Les conclusions de Fischer me paraissent fort contestables, et les troubles de son malade relèvent, pour le moins, tout autant de la névrose de guerre que de la schizoïdie. D'ailleurs, aucune autre observation ne pourrait être invoquée à l'appui de sa thèse. C'est également l'avis de Lange, qui a retrouvé les cas de Fischer dans ses dossiers, et qui porte sur eux un jugement assez semblable au mien. Lange cite 4 cas de schizophrénie : un homme qui s'est châtré lui-même dans une crise aiguë d'aliénation, un catatonique interné déjà une fois avant sa castration, et qui fit une récidive longtemps après, enfin, deux cas fortement prédisposés, chez lesquels la folie ne s'est déclarée qu'après la mutilation, mais trop longtemps pour qu'un rapport de cause à effet puisse être admis. Lange pense que la castration n'influence la schizophrénie ni en bien, ni en mal. Il est cepen-

©BIUM

dant frappé par le fait que 2 de ses cas présentaient des modifications physiques accentuées. Dans mon matériel, j'ai classé 4 malades parmi les schizoïdes ; chez 3 d'entre eux, rien de fâcheux ne s'est produit, deux sont restés inchangés, compliqués mais sociables, le troisième, qui avait même été considéré un temps comme fou, pouvait passer pour normal plus de 3 ans après sa castration. Le 4e cas avait déjà dépassé les limites de la simple psychopathie avant la castration ; de maçon, il était devenu danseur de corde et acrobate ambulant, homosexuel très actif et particulièrement pervers, propagateur de doctrines morales et hygiéniques assez extravagantes — avec un succès croissant parmi la population flottante de plusieurs grandes villes — poète et musicien à ses heures. Il n'avait pas encore fait de poussée aiguë de démence précoce, mais se comportait en somme déjà un peu comme un dément quand il se fit châtrer à l'âge de 25 ans, dégoûté de ses excès. Un an plus tard, éclata une schizophrénie d'une variété et d'une violence exceptionnelles, avec des accidents catatoniques, épileptiques, hystéroïdes, greffés sur un fond de paranoïde religieux et mégalomane ; la maladie évolua en secousses successives pendant une dizaine d'années, les crises tendant à s'espacer et à perdre de leur intensité ; 13 ans après la castration, le patient était, à tous points de vue, très amélioré, aussi calme et distingué qu'il avait été agité et grossier avant sa castration, ayant repris son travail régulier comme maçon ; les derniers soubresauts de la folie se reconnaissaient encore à une sensibilité trop en éveil, une distinction vestimentaire et morale affectée et efféminée, des goûts solitaires, une passion confinant à l'idée fixe pour la Justice et le respect d'autrui. Physiquement, il n'a subi presque aucune modification. C'est le seul cas de ma statistique chez qui la schizophrénie se soit déclarée après la castration. Cinq schizophrènes châtrés au cours de l'évolution de leur folie n'ont été influencés en rien, la maladie ne paraissant ni aggravée, ni interrompue.

III. Epilepsie. — Ici, de nouveau, c'est à H. Fischer qu'on doit la communication de deux résultats malheureux : l'un chez un psychopathe qui fit, un an après la castration, sa première crise d'épilepsie, suivie bientôt de beaucoup d'autres ; comme il s'agit d'un anormal à hérédité particulièrement chargée, on ne saurait accuser la castration d'être la cause essentielle de l'épilepsie. L'autre cas est un des deux castrats de guerre dont il a déjà été question ; crises d'asthme un an après la castration ; plus tard, évanouissements accompagnés de vertiges et de nausées. 5 ans 1/2 après la castration, crise de crampes considérée par un médecin

©BIUM

comme épileptiforme ; mais Lange n'a plus trouvé, dans les notes des années suivantes, aucun signe d'épilepsie et pense qu'il y avait eu une erreur de diagnostic. D'ailleurs, Lange n'a pu retrouver aucun autre cas suspect d'épilepsie dans son matériel ; une fois, par contre, un alcoolique eut une crise épileptiforme avant la castration, et plus jamais de troubles semblables après.

J'ai pu observer moi-même une amélioration considérable d'une épilepsie grave, dont les crises accompagnaient régulièrement l'orgasme chez un jeune homme d'une vingtaine d'années ; après la castration, les crises s'espacèrent et prirent l'aspect du « petit mal », alors que leur fréquence et leur violence avaient atteint auparavant un degré angoissant.

Dans le cas du schizophrène cité ci-dessus, les crises épileptiques faisaient partie du syndrome catatonique, et disparurent en même temps que lui. J'ai vu pourtant un cas d'épilepsie post-opératoire chez un jeune imbécile de famille apparemment saine, mais la première crise ne se produisit que 5 ans 1/2 après la castration, ce qui est beaucoup (à l'âge de 24 ans 1/2), et la maladie resta bénigne.

« Equivalents ». Un de mes cas eut, avant la castration, à plusieurs reprises, de véritables délires épileptoïdes, avec dipsomanie, migraines ophtalmiques, désorientation, fugues, voyages et dilapidation ; après l'opération, vie calme et régulière pendant plus de 15 ans (châtré à 50 ans). Les délires d'un malade de Frank disparurent également, de même que le somnambulisme et l'énuresis d'un troisième. Frank décrit le délire d'un autre de ses cas, alcoolique incorrigible, après la castration, et croit à un délire épileptoïde ; mais, d'après sa propre description, il s'agit, de toute évidence, d'un délirium tremens avec hallucinations typiques. Je n'ai jamais observé de véritables migraines. Les maux de tête et les vertiges ne sont pas rares, mais il serait osé de les classer sans autre dans la catégorie des équivalents épileptiques : ils me paraissent plutôt appartenir au groupe des troubles vaso-moteurs, dont nous aurons à reparler. Ces vertiges sont nettement plus fréquents chez les traumatiques que dans les cas de castration thérapeutique. Il en est de même de l'intolérance alcoolique et de la dipsomanie, que j'ai vues dans plusieurs cas très améliorées, alors que, notamment, l'intolérance à l'alcool apparaît assez souvent chez des traumatisés précédemment normaux.

Enfin, 4 de mes castrats et 2 de Frank n'ont jamais présenté le moindre signe d'épilepsie, bien qu'ils aient eu une hérédité des plus chargée et que les épileptiques aient foisonné dans leurs

©BIUM

familles. Ainsi, je crois pouvoir affirmer (comme Lange de son côté) que le risque d'épilepsie après la castration est absolument négligeable.

IV. Dépressions. — A. Passagères. 66 observations utilisables, dont 36 personnelles.

Avant: d. 0	Après :	d. légères ou graves ...	17
d. légères ou graves.		d. 0	11
d. légères		d. graves	2
d. graves		d. légères	2

Cas influencés par la castration	32
Dépressions ni avant, ni après la castration	23
« légères avant et après	3
« graves « « «	8
Cas non influencés par la castration	34

On peut s'attendre à une amélioration dans 20 % environ des cas (13/66), à une aggravation dans le 30 % au maximum. 17 malades, qui n'avaient jamais eu de dépressions avant la castration, en ont souffert ensuite. Cela représente un risque de 25 % environ.

Lange cite 64 cas avec dépressions chez les traumatiques, ce qui représente le 35 % (64/179), et 15 cas (/63) chez les tuberculeux = 24 %.

Les dépressions de ceux qui y étaient disposés antérieurement déjà (surtout des schizophrènes) peuvent apparaître immédiatement, ou plus ou moins longtemps après la castration, se suivre à intervalles très variables, disparaître ou durer. Chez les hommes, au contraire, autrefois indemnes, elles commencent en général quelques semaines à quelques mois après l'opération et tendent à disparaître graduellement dans les 2 ans. Elles peuvent reparaître, apparemment surtout chez les traumatisés, d'après l'expérience de Lange, entre 35 et 45 ans — âge critique masculin des castrats (Lange) — même chez des châtrés jeunes.

Si les dépressions légères n'ont guère d'importance, les dépressions graves méritent toute notre attention, parce qu'elles peuvent conduire à des idées ou des tentatives de *suicide*. Mais il serait tout à fait erroné de croire que la castration représente, à ce point de vue, un danger considérable, quand il s'agit de castration thérapeutique librement consentie. Sur 4 névropathes qui avaient eu des idées de suicide avant la castration, 3 en ont été délivrés ; un débile, qui avait avalé une fois 250 vis et clous, n'a

©BIUM

plus rien essayé de pareil après la castration. L'homosexuel de Féré avait fait 3 tentatives sérieuses avant, a continué à y penser, mais n'a plus essayé. Un schizophrène a fait, avant et après, quelques essais sans gravité. Voyons maintenant les cas où le danger s'est trouvé accru : un de mes schizophrènes a fait une tentative sérieuse dans une crise de catatonie. Un de mes débiles a fait 6 tentatives très graves consécutives, après avoir été condamné très durement pour une série de vols peu importants, 7 ans après la castration. Un homosexuel de Boeters s'est suicidé quelques mois après la castration, dans une période de dépression. Un tuberculeux s'est tué 14 ans après la castration, pour avoir perdu sa place, qui était excellente. Le castrat de guerre de Baumm s'est suicidé 8 ans après sa blessure (à 29 ans), à la fin d'une longue période d'agitation et de détresse, tant morale que matérielle. Enfin, 4e et dernier, un des deux castrats de guerre de Fischer, dont on ne connaissait que 2 tentatives graves à l'époque où mon livre a été rédigé, s'est tué à l'âge de 39 ans, 11 ans après sa mutilation. On le voit, sur ces 4 suicides, 1 seul semble imputable à la castration thérapeutique, 2 à des névroses traumatiques graves, et les tentatives sérieuses de deux de mes cas paraissent sans rapport certain avec l'opération (Le schizophrène s'était d'ailleurs châtré lui-même).

B. Dépression permanente. Je ne m'occuperai pas ici des troubles suspects de névrose des traumatiques, mais de deux de mes observations, où se développa, après une castration acceptée sous l'empire de la contrainte, un syndrome parent du délire *paranoïaque* ou *quérulant*.

La première observation se rapporte à un homme châtré à l'âge de 39 ans après avoir été condamné quatre fois pour exhibitionnisme. Suivi pendant plus de sept ans. Après la castration, il souffrit de douleurs inguinales qui l'obligèrent quelque temps à boiter, et causées par un petit névrome du cordon spermatique. Insomnies et perte du goût au travail. Peu à peu, le malade se construisit un système d'idées fixes, à la base duquel il plaça, sans doute de bonne foi, des événements imaginaires ou des souvenirs faussés, qui seraient caractéristiques de la folie paranoïaque : il n'aurait en somme jamais exhibé, mais aurait seulement uriné imprudemment ; s'il a avoué son premier délit, c'est parce qu'il était à ce moment brouillé avec sa femme et s'en voyait très volontiers séparé ; plus tard, il a bien tenté de nier les méfaits qu'on lui reprochait, mais on n'a plus voulu le croire ; l'inspecteur de police l'aurait calomnié partout (du reste il calomniait aussi sa sœur), et fait passer pour un buveur ; l'expert psychiatre était prévenu contre lui et le tenait à tort pour un men-

©BIUM

teur. C'est l'inspecteur de police qui l'a forcé à se faire châtrer injustement, en le menaçant d'internement à vie. (Le malade exagère peut-être, mais il a certainement subi une contrainte). Depuis la castration, le patient se sent persécuté, et il est continuellement en difficulté avec son tuteur et avec les autorités qu'il assiège de requêtes. Il travailla si irrégulièrement qu'on finit par lui retirer la garde de son fils et par le placer dans une colonie pénitentiaire, puis dans une maison de relèvement pour buveurs. Aux dernières nouvelles, il va mieux malgré ses rhumatismes, mais continue à se plaindre des autorités.

Dans le second cas — homme châtré à 36 ans, — le syndrome est moins complet ; il avoue sans autre ses innombrables exhibitions ; s'il se sent persécuté, c'est depuis moins longtemps et moins systématiquement. Il a été châtré sous l'empire de la même contrainte. A cause d'une obésité croissante considérable, on lui fit prendre un remède à base d'iode, qui détermina un léger Basedow iodique avec troubles nerveux et cardiaques ; aussi comprend-on qu'il tienne la castration pour « un traitement raté ». Il y eut un jour une exhibition en ville, et la police pensa à lui par habitude ; la fillette ne le reconnut pas, mais il en resta aigri. Manque de goût au travail, ni d'ailleurs à rien. Rancune contre le gouvernement cantonal, qui ne lui a pas rendu ses droits civiques. Idées de vengeance contre la police, les autorités, les médecins qui l'ont poussé à se faire châtrer.

Ces deux malades ont été entretenus, dans leurs griefs et leur mauvaise humeur, par leurs femmes, toutes deux méchantes et chicanières. Seul, le premier me paraît mériter le diagnostic de paranoïa ; le second cas est moins typique.

C. Folie circulaire, délire maniaque et mélancolie. Il est possible qu'une partie des dépressions passagères dont il a été question plus haut appartienne au groupe des mélancolies périodiques ; mais ces dépressions n'atteignirent que très rarement la gravité de la mélancolie véritable, et n'alternèrent pas avec des périodes de surexcitation. Une seule fois, se déclara une folie circulaire classique, chez un tuberculeux, 10 ans après la castration ; la responsabilité de la castration est d'autant moins évidente qu'il existait une disposition familiale très prononcée.

V. Imbécillité. — Elle ne subit aucune influence. On ne s'étonnera pas que la vivacité intellectuelle n'ait pas été augmentée, mais le fait qu'elle n'a jamais été amoindrie mérite d'être relevé.

VI. Activité intellectuelle en général. — On a souvent prétendu (en particulier Moebius) que la castration supprime les qualités les plus masculines de l'esprit, l'initiative, la pensée créatrice, l'invention artistique et le courage moral combattif. Exprimée

©BIUM

d'une façon aussi générale, cette affirmation est certainement inexacte ; on lui oppose les exemples d'Abélard, Origène, Narsès et quelques autres héros, mais sauf pour Abélard, leur castration n'est pas absolument prouvée. Parmi nos anormaux, les intelligences supérieures, susceptibles de se distinguer dans un domaine quelconque de l'activité de l'esprit, sont rares, et nos exigences à leur égard devront rester modestes. Un de mes névropathes a fait preuve, dans le domaine religieux, d'un sentiment vif et profond, surtout pour la musique d'église et la littérature spirituelle ancienne. Un homosexuel dont le sentiment religieux m'a paru entaché d'hypocrisie collaborait à une revue, où il avait fait paraître quelques articles sur des questions de morale et d'éducation. Dans le domaine artistique, on peut citer quelques chanteurs de la Chapelle sixtine, et un cas d'Hirschfeld, homosexuel efféminé, devenu illustre comme artiste lyrique. Un de mes homosexuels a fini par devenir antiquaire, faisant preuve de beaucoup de goût. Un de mes pédophiles a déployé une assez grande activité politique comme secrétaire de parti. Un autre pédophile (Oberholzer-Frank) a dirigé, avec un talent exceptionnel, différents instituts d'éducation pour anormaux. Les exemples de courage combattif sont encore plus rares, mais Lange cite quelques isolés, retournés au front après leur castration pendant la guerre, et s'y étant distingués. On le voit, si quelques castrats ont fait preuve d'activité intellectuelle, la majorité, sans être aussi apathique ou passive qu'on le croit assez couramment, n'en a pas moins mené une vie discrète et exempte d'ambitions.

Conséquences physiques de la castration

Il n'est pas question ici de castration prépubérale, aussi, ne devra-t-on pas s'étonner que nous puissions presque négliger les modifications des *organes génitaux*. La plupart de mes patients n'ont observé aucune diminution du volume du pénis ; certains auteurs en parlent, et, parmi les traumatiques de Lange, 18 ont cru voir cette diminution, de même que 2 tuberculeux ; plus de la moitié de ces hommes avait dépassé la trentaine à l'époque de la castration. Dans ces cas-là, il me semble que c'est plutôt par l'action de la musculature lisse que par une véritable atrophie que le pénis est rapetissé. Il eût été intéressant de comparer l'état de la prostate avant et après la castration ; malheureusement, elle n'a presque jamais été examinée avant, et j'ai renoncé à l'examiner après, n'ayant pas de point de comparaison. Lange ne peut pas non plus donner de renseignements sur ce point. Tou-

©BIUM

tefois, le fait que les éjaculations cessent presque toujours après un délai de 3 à 12 mois, même quand la puissance sexuelle dure plus longtemps, permet de conclure à un certain degré d'atrophie.

Croissance en longueur. Dans le matériel de Lange, s'en trouvent 12 exemples chez des traumatiques, 4 chez des tuberculeux (et 6 chez des blessés avec restes de testicule), châtrés entre moins de 20 et 40 ans, 11 fois avant 25 ans. L'allongement du corps s'accompagne soit d'amaigrissement, soit d'obésité, et va jusqu'à 6 ou 7 cm.

Quelques exemples : un homme châtré à 19 ans a grandi de 3 cm. en perdant 7 kilos en 10 ans ; un autre, châtré à 31 ans, mesurait à 20 ans (recrutement) 160 cm. 5. Deux ans après la castration, 1920, 160 cm. 5 et 70 kg. En 1922, 165 cm. et 65 kg. Un troisième grandit de 6 cm. en augmentant de 26 kg. Ces allongements (cités d'après Lange) n'ont rien d'invraisemblable, surtout chez les châtrés jeunes, l'une des fonctions principales de l'hormone testiculaire étant, selon toute vraisemblance, d'arrêter la croissance, par action sur le thymus ou peut-être même par action directe. Je n'ai pas pu faire d'observation analogue, mais mes malades n'ont pas été mensurés assez exactement.

Poids du corps. J'ai vu 2 augmentations de 8 kg., une de 16 et une de 25 kg. Cette dernière est moins excessive qu'elle ne paraît, le malade ayant passé de 70 à 95 kg. pour 185 cm. L'augmentation relativement la plus forte est celle de 60 à 76 kg. pour 157 cm. de taille. Dans la littérature, j'ai trouvé 6 augmentations de 10 à 22 kg. En tout, 10 augmentations considérables. D'autre part, 12 augmentations légères (2 à 7 kg.), et dans 11 cas de mon matériel, pas de modification notable. Trois fois, légère diminution. D'après ces résultats, je considère qu'il faut craindre une augmentation considérable du poids (au-dessus de 10 kg.) dans 15 % des cas, 20 % au maximum.

Lange trouve une augmentation de 5 à 10 kg. chez 62 traumatiques et 27 tuberculeux, de 10 à 20 kg. chez 45 traumatiques et 18 tuberculeux, de plus de 20 kg. chez 15 traumatiques et 8 tuberculeux. Ces augmentations se répartissent assez également sur toutes les classes d'âge ; elles correspondent au 30-35 % des cas. Il y a d'ailleurs, dans mon matériel, des différences géographiques très nettes ; les cas d'obésité grave étant beaucoup plus fréquents dans certaines régions que dans d'autres, c'est peut-être pour cette raison que nos castrats suisses sont moins souvent obèses que les siens. Lange trouve enfin une diminution de plus

©BIUM

de 5 kg. chez 22 traumatiques et 5 tuberculeux, tous châtrés avant 35 ans. Mes observations confirment ce fait que les châtrés jeunes ont moins tendance à l'obésité et restent plus souvent maigres que les hommes châtrés au-delà de 30 ans. Les trois cas personnels opérés entre 18 et 20 ans n'ont pas varié plus que les individus normaux d'âge correspondant, et, dans la majorité des cas d'augmentation importante, la castration avait eu lieu après 28-30 ans.

Force musculaire. A défaut de mesures précises, contentons-nous des indications données par 24 patients; 2 fois, la force musculaire était considérablement augmentée, 3 fois légèrement ; 6 fois inchangée, 8 fois légèrement réduite et 5 fois sérieusement. Ces indications subjectives n'ont qu'une valeur relative, et on trouvera des renseignements plus utilisables au chapitre sur la capacité de travail.

Caractères sexuels secondaires. Leurs modifications ne nous intéressent guère que du point de vue biologique ; sauf la chute possible de la barbe, elles n'ont aucune importance pratique ; pourtant, à notre époque sportive, l'apparition d'un système graisseux féminoïde, et notamment d'une gynécomastie, pourra gêner certains malades.

Voix. Dans quelques cas isolés, surtout chez des châtrés jeunes (mais après la puberté), elle semble être devenue plus aiguë. comme chez le chanteur à voix de soprano de Hirschfeld, châtré à 21 ans ; dans d'autres cas, également exceptionnels, elle paraît être devenue rude. Dans mon matériel, je n'ai rien pu observer de semblable.

Système pileux. La chute des poils du corps est fréquente, mais d'intensité très variable ; dans le cas le plus grave, elle va jusqu'à la disparition, sauf pour les poils pubiens, qui prennent le type féminin avec une limite supérieure horizontale et franche, et pour les poils axillaires. Les poils de ces deux zones peuvent s'espacer, mais ne disparaissent pas entièrement. D'autres fois, une pilosité d'emblée minime s'éclaircit encore, ou une pilosité prononcée diminue plus ou moins ; pourtant, il arrive que les poils ne tombent pas du tout, je l'ai vu dans 13 cas de mon matériel. Les fortes chutes avec aspect féminin constituent le 1/3 de tous les cas environ, avec ou sans type féminin, 50 % ; Lange trouve aussi 1/3 de chutes notables. Dans 1/3 de mes cas, le système pileux terminal était peu modifié. La barbe et la moustache sont atteintes en général dans les mêmes proportions, quelquefois davantage ; ce sont surtout les poils des joues qui disparaissent, ceux du menton beaucoup moins ; la croissance

©BIUM

est souvent ralentie, même quand la chute est peu considérable. Je n'ai jamais vu barbe ou moustache tomber entièrement ; d'après Lange, cela pourrait arriver, mais mon expérience contredit sur ce point les données de ses dossiers. Dans une dizaine de cas, j'ai vu la barbe et la moustache se maintenir pendant des années, jusqu'à plus de 8 ans. Cette observation est confirmée par celle de Pittard, qui oppose les skoptzy glabres (châtrés avant la puberté) aux skoptzy poilus (châtrés après), parce que bon nombre d'entre eux portaient toute la barbe, souvent sans doute avec les clairières caractéristiques des joues.

Les cheveux se comportent tout différemment. Ils ne tombent presque jamais, je n'ai vu qu'un seul cas de chute, assez minime d'ailleurs ; dans le matériel de Lange, une seule calvitie. Il n'est pas rare, par contre, qu'ils deviennent plus fournis, j'en connais 3 exemples, ou même qu'un début de calvitie guérisse (2 fois). Ils grisonnent quelquefois prématurément.

Cette opposition confirme le fait que la calvitie, comme la pilosité somatique, sont bien des caractères sexuels secondaires masculins. L'action contradictoire de l'hormone ne peut s'expliquer que si l'on admet que les caractères sexuels sont des propriétés prédéterminées des tissus ; sinon, comment l'hormone pourrait-elle faire pousser les poils et tomber les cheveux ? Rappelons une très intéressante constatation de Pittard chez les eunuques châtrés avant la puberté, et qui pourrait n'être pas sans rapport avec le développement contradictoire du système pileux : le corps, et surtout les extrémités des eunuques, s'allongent bien au-delà de la normale, mais leur crâne reste plus petit dans ses 3 dimensions que celui des individus normaux ou châtrés tard, de grandeur moyenne.

Peau, tissu graisseux. Habitus-type des castrats. Depuis les travaux de Tandler et Grosz, et de Koch sur les skoptzy, on trouve un peu partout l'affirmation, devenue classique, fruit d'une généralisation qui n'était pas dans les intentions des auteurs prénommés, que l'eunuque prépubéral correspond au type eunuchoïde long, tandis que le castrat postpubéral présente le type eunuchoïde gras. Ce type est fréquent, mais chez les hypogénitaux et non chez les castrats, chez qui, comme on va le voir, il est loin d'être obligatoire. Il comporte :

1. Une répartition féminoïde de la graisse, avec accumulation aux seins, au bas-ventre, aux hanches, aux fesses, quelquefois aux joues et aux cuisses.
2. Système pileux d'aspect féminin.
3. Consistance particulière de la peau, surtout au visage et aux

©BIUM

mains, caractérisée par une finesse anormale, un fond mou et gonflé, une couleur blafarde, des rides (gérodermie).

Si le gérodorme complet n'est pas fréquent, je ne l'ai vu que 2 fois, une peau soit trop lisse, soit pâteuse, se voit un peu plus souvent. Lange note des modifications de la peau chez 1/4 des traumatiques et 1/6 des tuberculeux, dans mon matériel, elles sont plus rares.

La répartition de la graisse passe pour particulièrement caractéristique. Je ne l'ai vue que 7 fois. Mais j'ai observé quelques cas d'adiposité du type masculin ordinaire, ou du type infantile, c'est-à-dire à répartition égale sur tout le corps.

En réunissant tous les cas à type eunuchoïde gras complet (7) ou réduit à la répartition de la graisse et au système pileux (5) que j'ai vus ou trouvés dans la littérature, je n'arrive qu'à 12 % de castrats « typiques ». Comme j'ai vu, d'autre part, 12 cas absolument atypiques et plusieurs à « type » très peu marqué, j'en conclus qu'il n'y a pas d'habitus-type du castrat postpubéral.

Cependant, le castrat n'est souvent pas difficile à reconnaître pour l'œil exercé. La répartition de la graisse peut donner une indication, même quand elle est très peu prononcée. L'aspect général offre souvent un mélange curieux de jeune et de vieux. Mais il y a des cas où rien ne trahit la castration, comme chez 3 de mes malades. Remarquons d'ailleurs que les 3 cas de mon matériel châtrés entre 18 et 20 ans étaient à peine modifiés, et parfaitement atypiques, à l'encontre de certains cas de la littérature. Au reste, les eunuchoïdes gras et les atypiques se répartissent assez également sur toutes les classes d'âge.

Une *gynécomastie* plus ou moins développée se voit assez souvent, même en dehors des cas d'adiposité eunuchoïde : Lange en cite une trentaine de cas, à côté de 33 adipeux (sur 242 cas en tout). Il regrette à juste titre de ne pas trouver aucune précision concernant la présence d'un corps glandulaire éventuel. Personnellement, je n'ai vu que des gynécomasties graisseuses, jamais de glande, et elles étaient toujours accompagnées d'une adiposité féminoïde généralisée.

Dans un certain nombre de cas, les castrats ont l'air extraordinairement *jeune,* enfantin même, quel que soit leur âge à l'époque de la castration (5 de mes cas opérés entre 18 et 42 ans, 1 cas de Frank, 2 de Lange).

Troubles vaso-moteurs. Dans mes observations personnelles, ils ne sont pas très fréquents et n'ont jamais pris un apect inquiétant. Six fois, sont apparus des maux de tête, avec ou sans vertiges, de durée variable et sans gravité. Trois malades pâlis-

©BIUM

saient de façon anormale. Enfin, chez 5 d'entre eux, apparurent des chaleurs exactement semblables à celles que connaissent bien les femmes au moment du retour d'âge. Ces chaleurs peuvent être très pénibles, mais elles s'espacent et tendent à disparaître au bout d'un an ou 2. Dans le matériel de Lange, les troubles sérieux sont beaucoup plus fréquents ; en tout, Lange mentionne des troubles vaso-moteurs chez 47 traumatiques et 11 tuberculeux (58/242) ; à côté des chaleurs et des vertiges, il cite des angoisses cardiaques, des transpirations subites, et chez 12 traumatiques et 1 tuberculeux, des évanouissements, souvent répétés, durant quelquefois plus d'une demi-heure. Ces accidents constituent le gros des plaintes d'un bon nombre de castrats de guerre, alors que mes anormaux s'en sont assez bien accommodés.

Age critique des castrats. Lange a observé que, très souvent, les troubles de toute espèce, physiques ou mentaux, sont plus prononcés chez les hommes châtrés entre 35 et 45 ans ; quand la castration est antérieure, ils apparaissent seulement à cet âge, ou peuvent réapparaître ou s'aggraver ; ils sont plutôt rares lorsque la castration est plus tardive, et sont susceptibles d'amélioration ou de guérison, l' « âge critique » passé. Il y a là sans doute une corrélation biologique intéressante, mais, me semble-t-il, un facteur aggravant dans la nature traumatique de la castration ; parmi les anormaux, les troubles sont moins fréquents et moins graves, l'influence de l'âge critique se fait si peu sentir que rien n'avait attiré mon attention sur son existence ; s'il est vrai que 3 sur les 4 mécontents de mon matériel ont été opérés pendant cette période, plus de 20 autres l'ont été aussi, ou bien ont pu être suivis jusqu'à ce moment, qui n'ont pas eu à en souffrir.

L'état général des castrats est très satisfaisant, les maladies infectieuses rares. Un de mes cas est mort de tuberculose, un autre, atteint de tuberculose pulmonaire et uro-génitale étonnamment amélioré. Cette possibilité d'amélioration subite et durable de la tuberculose a frappé aussi Lange.

Les castrats dans la vie sociale

I. Criminalité. — Délits de mœurs. Dans mon matériel, aucune récidive certaine. Un cas soupçonné d'exhibition, un autre de détournement de mineure, tous deux libérés faute de preuve. Un troisième condamné pour concubinage (avec une jeune fille qu'il voulait épouser). Dans la littérature : un cas devenu pédéraste, mais non poursuivi ; un castrat, à qui on avait implanté

©BIUM

un testicule pour des raisons mystérieuses, a récidivé une fois (attentat sur des fillettes) ; un homosexuel et 2 pédophiles ont également récidivé chacun une fois. Si l'on se rappelle que ces 4 récidives et ce cas unique de délit nouveau se répartissent sur plus de 100 cas de récidivistes tous incorrigibles (les cas danois sont compris dans cette statistique), on peut en conclure que, pour la répression des délits de mœurs, le résultat de la castration est brillant ; mais on voit, simultanément, qu'il n'offre pas une garantie parfaite de sécurité. Les meilleurs résultats sont obtenus sur un ensemble de cas comme mon matériel personnel, où on s'est efforcé de n'opérer que les délinquants paraissant offrir le maximum de chances de succès, c'est-à-dire désirant eux-mêmes être débarrassés de leurs penchants anormaux.

Vols, détournements et autres délits de droit commun. 5 récidives sur 23 cas (y compris 2 castrats sans délits de mœurs). Les récidivistes étaient, sauf un qui ne commit qu'un vol peu important et un homicide par imprudence en auto, des voleurs impénitents, ayant à leur actif de longues séries de méfaits. Mais l'amélioration très nette d'une bonne partie des délinquants confirme l'espoir exprimé déjà en 1911 par Oberholzer : la castration a, non seulement sur la criminalité sexuelle, mais sur la criminalité en général, une heureuse influence ; toutefois, en y regardant de près, on voit que ce sont surtout des voleurs occasionnels, délinquants par misère, qui ont été guéris ; les vrais criminels ont continué.

Dans le matériel suisse, 60 % des cas au minimum purent jouir dès leur libération, après la castration, d'une liberté complète. Le reste se répartit en 3 groupes égaux : 1/3 internés en permanence pour aliénation incurable ; 1/3 ayant passé une partie de leur temps dans des asiles, 1/3 en partie en prison. La proportion des hommes libérés définitivement est d'autant plus réjouissante que presque tous auraient dû, sans la castration, rester internés pour un temps indéterminé ou à vie.

II. Capacité de travail. — Contrairement à une opinion assez répandue dans le peuple et même parmi les médecins, la capacité de travail des castrats est tout à fait satisfaisante, sauf, évidemment, pour les aliénés. Sur 53 cas où j'ai trouvé des renseignements à ce sujet (la plupart des observations personnelles), il y eut 6 fois une augmentation considérable et 19 fois une amélioration légère. Capacité de travail réduite chez 2 hommes atteints de maladies, chez 2 traumatiques et le quérulant dont j'ai parlé plus haut. La qualité du travail était supérieure à la moyenne dans 4 cas, bonne (normale) 14 fois, suffisante mais médiocre 9

©BIUM

fois. Une partie des imbéciles, occupés à la campagne, ne fournissaient qu'une besogne insuffisante ; mais seuls les schizophrènes internés n'étaient bons à rien. Lange arrive aux mêmes conclusions : sauf dans les cas de névrose grave, les castrats finissent presque toujours par travailler, traumatiques ou tuberculeux, et par travailler de façon utile. En partie peut-être par manque d'initiative et par paresse, mais certainement aussi parce qu'ils sont plus calmes et plus stables, beaucoup de castrats restent des années en place chez un même patron, alors qu'ils en changeaient constamment, surtout les psychopathes ; les changements de métier aussi se font rares, quelquefois après une dernière évolution de l'activité. Cette régularisation du cours de l'existence est, pour les délinquants, une conséquence directe de la castration ; au lieu de passer périodiquement en prison, ou d'être obligés par les scandales de déménager, rien ne les empêche plus de se faire quelque part une petite vie bien réglée. Pour les névropathes non criminels, la castration ramène aussi le calme, et, grâce à elle, plusieurs étudiants en détresse ont pu terminer leurs études et se faire une situation.

La situation économique et sociale est souvent améliorée : dans ma statistique, 6 fois fortement, 12 fois légèrement ; 11 fois inchangée, 1 fois seulement aggravée. 5 de mes patients menaient une vie aisée, 10 une vie normale, 3, très modeste. Les autres avaient besoin des secours de leur famille ou de l'assistance. Mais sur 18 s'entretenant eux-mêmes (parfois avec femme et enfants), 13 au moins auraient dû être internés aux frais de l'Etat s'ils n'avaient été châtrés. Lange cite 26 castrats de guerre dont la situation était devenue florissante.

Si beaucoup de castrats travaillent normalement, bien peu sont capables de fournir des efforts exceptionnels ; je citerai pourtant un de mes psychopathes, travaillant 8 heures par jour à la forge avec un marteau de 6 kilos ; un autre, déménageur, ne craignant pas les meubles les plus respectables ; un dernier, bûcheron dans les Alpes, qui se disait très affaibli, ce qui ne l'empêchait pas d'en faire autant que ses camarades. Un de mes cas s'est occupé de politique, un autre d'une revue religieuse ; mais le seul castrat qui ait représenté une valeur sociale réelle est le pédagogue de Frank. En résumé, on peut dire que, si les castrats ne sont pas nuisibles à la société, il est bien rare qu'ils aient une valeur productive supérieure à la moyenne.

III. Les castrats dans la famille. — Sur 9 hommes mariés avant la castration dans mon matériel, 2 sont devenus veufs. Les 7 autres sont restés en ménage avec leur femme, en très bons termes ;

©BIUM

il n'y eut pas un seul divorce! Un homme s'est marié après la castration et vit très heureux. Bien que, sur 8 mariés, 6 aient été impuissants ou presque, nous n'avons aucun drame de famille à déplorer. La plus grande part du mérite en revient aux femmes, la plupart ayant été très raisonnables; mais il faut bien dire que, souvent, elles n'avaient qu'à se louer de la transformation du mari, qui, s'il ne leur apportait plus toutes les satisfactions, ne leur procurait au moins plus d'ennuis ni de soucis. Les enfants, quand il y en avait, n'ont jamais eu à souffrir de la castration du père, au contraire. Bien des mauvais exemples et la honte d'un père dépravé leur ont été épargnés. Dans la statistique de Lange, sur 179 traumatiques, 57 étaient mariés avant la castration, 33 seulement sont restés célibataires, 89 se sont mariés après ! Sur 63 tuberculeux, 26 mariés avant, 27 après, 10 célibataires. La raison de ces nombreux mariages est sans doute rarement d'ordre sexuel ou sentimental, mais bien plutôt, pour les paysans surtout, d'ordre purement pratique, comme le remarque justement Lange ; d'ailleurs, l'affection ou l'amour peuvent avoir joué un rôle important même là où le rôle des rapports physiques ne pouvait l'être. Le nombre des bons ménages est considérable dans le matériel de Lange, mais il y eut quelques drames intimes et quelques divorces. La castration n'exclut pas la passion. Les six hommes de mon matériel qui songeaient au mariage ou qui s'étaient fiancés l'avaient tous fait par amour ; pour quelques-uns, qui n'avaient connu que les misères de la vie, c'était même le premier amour ; la pureté de beaucoup de ces affections n'est certainement pas étrangère à la sérénité de tant de ménages.

Je ne dirai pas grand'chose des *toxicomanies*, observées dans un certain nombre de cas de castration traumatique ; elles sont très rares après la castration thérapeutique (cas de Féré), et je connais un cocaïnomane guéri à la suite de sa castration. L'alcoolisme lui-même n'est pas fréquent ; il existait chez 14 de mes cas avant la castration, chez un seul après. Les castrats deviennent rarement abstinents, mais ils restent modérés. Il faut croire que la castration élève leur niveau moral, puisqu'ils ne commettent d'excès ni d'alcool, ni de tabac (à part quelques exceptions), et qu'ils ont bien droit à quelques jouissances pour remplacer celles qu'ils ont perdues.

Le point de vue des castrats

Parmi les délinquants et les anormaux : très heureux, 15 cas de mon matériel, 12 dans la littérature ; ce sont ces opérés qui

©BIUM

disent de la castration qu'elle est une délivrance, qu'elle a fait d'eux d'autres hommes, qu'elle est un bienfait, qui demandent pourquoi on a si longtemps attendu avant de la faire. Satisfaits, 15 dans mon matériel, 10 dans la littérature. Mécontents, 4, respectivement 7 (y compris 2 traumatiques). Le résultat final dépend, dans une large mesure, de l'état d'esprit des opérés vis-à-vis de la castration avant qu'elle soit entreprise. Les plus brillants succès se rencontrent parmi les malades qui désiraient eux-mêmes être guéris de leurs tendances anormales, et qui avaient placé dans l'opération tout leur espoir. Les résultats sont moins constants quand la décision a été prise après de longues hésitations, moins bons encore quand le patient n'accepte la castration que pour échapper à l'internement. Les plus malheureux sont les châtrés contre leur gré, à l'exception des idiots et des imbéciles. Certes, tous les échecs ne font pas partie de ce dernier groupe, il y en a quelques-uns dans l'avant-dernier ; mais il n'y en a aucun dans le premier. D'autre part, il serait erroné de croire que tous les traumatiques sont malheureux ; sur 179 cas de Lange, 49 ne se sont plus montrés ni au médecin, ni à l'office des pensions ; parmi les autres, pourtant, beaucoup ont souffert de leur mutilation, non pas tout de suite, mais surtout après la fin de la guerre, alors qu'ils auraient dû reprendre une vie normale. Beaucoup avaient les larmes aux yeux toutes les fois qu'on venait à parler de la castration, même parmi ceux qui semblaient parfaitement normaux en toute autre circonstance ; pour les criminels guéris, au contraire, c'est souvent la reconnaissance qu'ils exprimaient alors, à l'exception de ceux qui se plaignaient d'avoir été forcés de se faire opérer.

Pour cette raison déjà, la *castration par contrainte des délinquants récidivistes* (1) me paraît devoir être rejetée. Si l'opéra-

(1) *Loi allemande du 24-11-1933 contre les récidivistes dangereux et sur les mesures de précaution et d'amélioration.* Cette loi introduit dans le Code pénal une série de mesures de protection contre les récidivistes, dont la « castration des délinquants de mœurs dangereux », § 42 *a*, n° 5.

§ 42 *k*. — Le Tribunal peut ordonner, à côté de la peine qu'un homme, âgé de 21 ans révolus au moment du jugement, soit châtré :

1. quand il est condamné à une peine de privation de liberté de 6 mois au moins pour un crime d'incitation à la luxure, d'outrage aux mœurs, d'attentat sur des enfants ou de viol (§ 176 à 178), ou pour un délit ou un crime commis dans le but d'exciter ou de satisfaire l'instinct sexuel, d'attentat à la pudeur ou lésion corporelle (§§ 183, 223-226), après qu'il ait été condamné déjà une fois pour un tel délit à une peine de privation de liberté, et si l'ensemble des faits démontre qu'il est un délinquant de mœurs dangereux ;

2. quand il est condamné pour deux actes au moins de cette espèce à une peine de privation de liberté d'un an au moins, et si l'ensemble des faits

©EIUM

tion n'a pas un bon résultat, les hommes opérés dans ces conditions risquent de devenir incapables de travailler ; ils doivent rester internés et vivre aux frais de la communauté, alors qu'avec un peu de patience, une castration, plus tard librement consentie, aurait pu les guérir. N'oublions pas non plus qu'un castrat malheureux pourrait se laisser aller à des actes de vengeance, cela a failli arriver. Enfin, la castration par contrainte lèse le principe de la sauvegarde de l'intégrité corporelle. Le nombre limité de mes observations ne permet pas encore un jugement définitif et l'expérience allemande nous apportera d'utiles renseignements ; mais, jusqu'à plus ample informé, je continuerai, avec H.-W. Maier, à penser que la castration, si elle est le remède le plus puissant que nous ayons contre les aberrations sexuelles, est aussi le plus risqué, qu'elle ne doit être appliquée qu'en dernier ressort et lorsque le désir de guérison permet d'escompter un succès ; (sauf chez les imbéciles, chez qui les autres procédés — psychothérapie surtout — sont sans espoir, et chez qui elle réussit régulièrement). Elle ne porte tous ses fruits qu'après un long calvaire. Elle devrait rester un instrument thérapeutique dans la main du médecin ; comme moyen de répression dans celle du juge, elle expose à de cruels échecs.

démontre qu'il est un délinquant de mœurs dangereux, même s'il n'a pas été condamné précédemment pour un acte semblable ;

3. quand il est condamné pour un meurtre ou homicide commis dans le but d'exciter ou de satisfaire l'instinct sexuel (§§ 211 à 215).

Une condamnation ou un délit précédents (ce dernier non jugé) n'entrent pas en considération quand ils datent de plus de 5 ans avant l'acte délictueux suivant. Les périodes de prison ou d'internement administratif ne sont pas comptées dans ce délai. Une condamnation à l'étranger est assimilable à une condamnation dans le pays si l'acte puni constitue, selon le droit allemand, un délit ou un crime de l'espèce désignée à l'alinéa 1.

On voit donc que la castration est une mesure facultative. D'autre part, l'ordonnance d'exécution du 24-11-33 introduit dans le code de procédure pénale les restrictions suivantes : expertise psychiatrique obligatoire pendant l'instruction, présence de l'expert à l'audience ; 2. Défense de l'accusé ; 3. Présence de l'accusé à l'audience ; 4. Majorité des 2/3. Le consentement de l'accusé n'est pas nécessaire, mais le fait que le Tribunal ne saurait ordonner la castration en son absence prouve que l'opinion de l'accusé doit être entendue.

La castration pour homosexualité ou toute autre anomalie de l'instinct non criminelle n'est pas prévue par la loi, pas plus que la castration librement consentie ou demandée par un anormal à tendances criminelles qui n'aurait pas encore été condamné. La Jurisprudence devra fixer ce point ; la castration préventive thérapeutique n'est contraire qu'à la lettre, non au sens de la loi, dont le caractère préventif est évident.

La loi sur la castration est prudente, précise ; ses résultats dépendront uniquement de la façon dont elle sera appliquée ; elle vaudra, comme tant d'autres, ce que vaudront les experts et les juges.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 28 Octobre 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

Décès de S. M. la Reine Astrid de Belgique

En ouvrant la séance, M. le Dr Th. Simon, *président*, exprime à nos collègues de la Société de Médecine Mentale de Belgique la douloureuse sympathie de tous à l'occasion de la mort tragique de S.M. la Reine Astrid.

M. René Charpentier, *président* du *Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, s'associe à ces paroles. Dès qu'il apprit, en voyage, la terrible nouvelle, il télégraphia au nom du Bureau du Congrès et au nom des neuropsychiatres de langue française à M. Poll, Chef du Cabinet de M. le Ministre de la Justice de Belgique, pour le prier d'exprimer au Gouvernement belge l'émotion douloureuse de tous. S.M. la Reine Astrid avait bien voulu accorder son Haut-Patronage à la 39e session du Congrès, tenue à Bruxelles peu avant sa mort, au mois de juillet 1935. M. Poll a bien voulu être l'interprète des sentiments émus des membres du Congrès.

Décès de M. Ad. Courtois

M. Th. Simon, *président*, exprime à la famille du Dr Courtois les regrets et les condoléances de tous. La mort est particulièrement cruelle quand elle frappe un être jeune. Les travaux de notre jeune et distingué collègue annonçaient une brillante carrière et sa perte sera douloureusement ressentie par tous.

©BIUM

M. Th. SIMON souhaite la bienvenue au Dr BERSOT, de Neuchâtel, *membre associé étranger*, qui assiste à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 juillet 1935 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Henry Ed. CHRISTY, *membre correspondant national*, qui exprime ses regrets de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr Louis MARS, de Petionville (Haïti), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger ;*

une lettre de M. le Dr EISSEN, Médecin-Directeur de l'Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin), priant la Société de bien vouloir se faire représenter aux Cérémonies qui auront lieu le 5 novembre 1935 a l'occasion du Centenaire de la création de l'Asile de Stephansfeld : la Société désigne pour la représenter son *président*, M. le Dr Th. SIMON ;

une lettre de M. le Dr Paul SIVADON, Médecin des Asiles publics d'aliénés, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national ;* la Société désigne une Commission composée de MM. H. CLAUDE, TRUELLE et PETIT, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 novembre 1935 ;

des lettres de M. le Dr Jean TITECA, agrégé de l'Université libre de Bruxelles, Médecin-Chef du Centre neuro-psychiatrique de Bruxelles, et de M. le Dr Paul VERVAECK, Professeur à l'Ecole Belge de Criminologie et de police scientifique, médecin de l'annexe psychiatrique près la prison de Forest-lez-Bruxelles, Inspecteur des asiles et internats médico-pédagogiques du Royaume de Belgique, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger ;* la Société désigne une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, P. COMBEMALE et VIGNAUD, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 novembre 1935.

Election de 3 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. G. COLLET, au nom d'une Commission composée de MM. Jean LÉPINE, N. VIEUX et G. COLLET, sur les titres de M. le Dr Rémi COURJON, et d'un rapport de M. VIGNAUD, au nom d'une Commission composée de MM. EUZIÈRE, RAVIART et VIGNAUD, sur les titres de MM. les Drs P. LECLERCQ et G.-P. TOYE, il est procédé au vote :

©BIUM

Nombre de votants 19
Majorité absolue 10

Ont obtenu :

M. le Dr Rémi COURJON ..... 19 voix
M. le Dr P. LECLERCQ ..... 19 —
M. le Dr G.-P. TOYE ..... 19 —

MM. les Drs Rémi COURJON, de Meyzieu, P. LECLERCQ, du Vésinet, et J.-P. TOYE, de Montpellier, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. Georges DUMAS, Roger MIGNOT et Paul COURBON, sur les titres de M. le Dr James FERRAZ-ALVIM, de São-Paulo (Brésil), il est procédé au vote :

Nombre de votants 19
Majorité absolue 10

A obtenu :

M. le Dr James FERRAZ-ALVIM ..... 19 voix

M. le Dr James FERRAZ-ALVIM, de São-Paulo (Brésil), est élu membre associé étranger de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Troubles psycho-sexuels chez l'homme et substance « féminine » de l'urine, par MM. E. TOULOUSE, P. SCHIFF et H. SIMONNET.

Nous avons institué à l'Hôpital Henri-Rousselle l'examen biologique systématique des malades qui viennent à la Consultation de pathologie sexuelle, assurée par l'un de nous depuis plusieurs années.

Outre les examens habituels d'endocrinologie (métabolisme basal, interférométrie, etc.) et de typologie, nous avons recherché dans l'urine de ces malades les diverses hormones sexuelles ou parasexuelles : hormones mâle (h. masculine), femelle (folliculine) et gonadotrope (h. antéhypophysaire).

Nous nous bornerons dans cette note à rapporter le résultat des dosages relatifs à l'hormone œstrogène, ou folliculine, chez

©BIUM

des hommes, et plus particulièrement chez ceux qui présentent deux catégories de troubles psychosexuels : l'impuissance d'une part, l'exhibitionnisme d'autre part, ainsi que des dosages effectués à titre comparatif chez des sujets atteints d'affections neuro-psychiatriques diverses.

Nous ne rappellerons que dans ses grandes lignes la technique de caractérisation et de dosage de la folliculine.

L'identification de cette hormone repose sur ses propriétés pharmacodynamiques, les seules qui puissent être mises en évidence et qui soient suffisamment caractéristiques dans l'état actuel de nos connaissances.

Le test le plus couramment employé est la kératinisation de l'épithélium vaginal de la Souris ou de la Ratte ovariectomisée, phénomène qui est comparable à celui qui est observé spontanément dans ces espèces au moment de l'ovulation. De nombreuses substances qui possèdent une structure chimique voisine de celle de la folliculine exercent cette action à des degrés divers d'intensité. Cette constatation ne peut pas être retenue contre la spécificité sexuelle de la folliculine, car d'une part cette hormone exerce sur le tractus génital mâle une action chalonique et, d'autre part, l'hormone mâle spécifique est dépourvue de pouvoir œstrogène chez la femelle.

Le *principe* du dosage consiste : 1° à extraire quantitativement de l'urine le principe actif et à le concentrer sous un certain volume ; 2° à déterminer chez la Ratte ovariectomisée la plus petite quantité de l'extrait capable de donner une réaction positive. Dans ces conditions, on peut fixer le pouvoir œstrogène de l'urine entre deux limites définies par une dose active et par une dose inactive. Pour un extrait donné la précision du dosage dépend de la sensibilité des animaux et du nombre des animaux réactifs employés. La sensibilité des animaux est contrôlée par leur étalonnage au moyen de la folliculine cristallisée. Selon une convention internationale, l'animal employé pour les mesures de contrôle est la souris et la réaction de seuil, c'est-à-dire la dose active minima, constitue l'unité-souris. Si l'on emploie, comme nous l'avons fait, le rat, on trouve que l'unité-rat vaut en moyenne 10 unités-souris, soit 10 unités internationales.

La technique biologique est actuellement la seule utilisable pour doser de petites quantités d'hormone. Les méthodes colorimétriques et la méthode spectro-photométrique ne donnent de résultats que pour des doses élevées d'hormone. La méthode bio-

©BIUM

logique, exécutée dans des conditions comparables quant à l'extraction et sur des animaux-réactifs dont la sensibilité à l'hormone est périodiquement contrôlée par rapport à l'étalon international, donne des résultats suffisamment précis pour être utilisés dans les recherches cliniques.

En *pratique,* on a procédé de la façon suivante :

L'urine, acidifiée par 3,5 p. 100 d'acide chlorhydrique, est concentrée au 10e de son volume. Le produit obtenu est épuisé méthodiquement par l'éther. Les extraits éthérés, au nombre de trois, sont réunis, déshydratés par contact avec du chlorure de calcium anhydre (1). L'éther est chassé par distillation et le résidu est mis en solution dans de l'huile d'olive stérile. Un centimètre cube de la solution finale correspond à 100 cm³ d'urine.

La solution huileuse est injectée, à des doses correspondant à 25, 50 et 300 cm³ d'urine, à des Rattes ovariectomisées. Chez les rongeurs non castrés, le fluide vaginal montre, à l'examen microscopique seulement, les éléments cellulaires qui caractérisent les diverses phases du cycle œstral : leucocytes durant le dioestrus, cellules épithéliales nucléées puis cellules kératinisées et nucléées au moment de l'œstrus. L'administration de folliculine fait réapparaître ces types cellulaires chez la Ratte castrée. En déterminant la plus petite quantité d'extrait qui donne une réponse positive (réaction de seuil), on peut connaître le nombre d'unités-rat contenues dans un litre d'urine.

Résultats

Nous avons examiné 38 sujets qui doivent être rangés, au point de vue clinique, de la manière suivante :

Exhibitionnisme	10 cas.
Impuissance sexuelle	10 —
Psychopathies diverses	6 —
Sujets atteints de troubles à prédominance neurologique	6 —
Alcooliques en fin de cure	6 —

Nos dosages de l'hormone œstrogène permettent de classer les résultats en trois groupes, suivant que le taux obtenu est inférieur à 5 unités-rat, qu'il est compris entre 7 et 10 unités-rat, qu'il est égal ou supérieur à 15 unités-rat. Ces résultats sont

(1) L'épuisement consécutif par une solution alcaline (lessive de soude à 10 0/0) permet de recueillir la seule hormone mâle.

©BIUM

exprimés en unités-rat par litre d'urine et — dans les conditions de notre expérimentation — une unité-rat correspond à 10 unités internationales.

Premier groupe : moins de 5 unités (quinze cas)

Impuissance sexuelle simple	8 cas.
Exhibitionnisme	1 —
Dépression psychique	1 —
Hypomanie	1 —
Imbécile avec surexcitation génitale	1 —
Maladie de Crouzon	1 —
Alcooliques guéris	2 —

Deuxième groupe : de 7 à 10 unités (neuf cas)

Impuissance sexuelle simple	1 cas.
Perversion sexuelle avec impuissance	1 —
Exhibitionnisme	2 —
Hypocondrie	2 —
Eunuchoïdie	1 —
Encéphalite épidémique	1 —
Alcoolique guéri	1 —

Troisième groupe : 15 unités et au-dessus (quatorze cas)

Exhibitionnisme	7 cas.
Obsédé	1 —
P.G. malarisé	1 —
Gynécomaste	1 —
Microcéphale avec retard sexuel	1 —
Alcooliques (1)	3 —

Ce qui frappe dans ce tableau, c'est : 1° Que les trois quarts des impuissants ont donné des taux de substance œstrogène normaux.

2° Que les trois quarts des exhibitionnistes ont donné des chiffres qui se placent parmi les plus élevés que nous ayons obtenus.

3° Que les malades n'offrant pas de troubles psycho-sexuels

(1) Chez l'un de ces alcooliques, un premier dosage effectué à la période d'intoxication subaiguë avait donné le chiffre très élevé de 150 unités par litre. Nous signalons ce fait, qui est à rapprocher peut-être des idées psychanalytiques sur les rapports de l'alcoolisme et de l'anaphrodisie. (Voir P. Schiff : L'évolution des idées sur la folie de persécution. *L'Hygiène mentale*, mai-juillet 1935).

©BIUM

caractérisés sont répartis à peu près également dans les trois groupes.

La présence d'hormone folliculaire dans l'urine des mâles a donné lieu à de nombreux travaux [Loewe, Voss, Lange et Wähner (1), Fee, Marrian et Parkes (2), Glimm et Wadehn (3), Laqueur et de Jongh (4), Zondek (5)]. Chez l'homme, les quantités trouvées varient suivant les expérimentateurs de 1 à 5 unités-rat. Cette hormone ne paraît pas provenir de l'alimentation, car on en trouve dans le testicule [Dodds, Greenwood et Gallimore (6), Laqueur et de Jongh (7), Brouha et Simonnet].

Nous laisserons de côté le fait extrêmement curieux, découvert par Zondek, de l'énorme production de folliculine observée chez l'étalon, production qui dépasse celle de la jument gravide, car elle ne se retrouve pas au même degré chez les divers équidés et n'a pas de signification quantitative pour l'espèce humaine.

Le fait que la structure chimique de l'hormone mâle et celle de l'hormone femelle sont très voisines suggère, sans que cette hypothèse soit prouvée, que chez le mâle la folliculine peut être considérée comme un produit accessoire, formé au cours de l'élaboration de l'hormone mâle. La signification de ce phénomène reste obscure ; son interprétation suggère cependant la possibilité de donner une base hormonale à certains problèmes de biologie sexuelle, et par exemple à ceux que posent les états ambo- ou intersexuels.

Cette ignorance où nous sommes encore de la signification qu'il faut attribuer à la présence de la folliculine dans l'urine masculine nous impose d'être prudents dans les conclusions au sujet des recherches que nous venons de rapporter.

Nous le serons d'autant plus qu'elles n'ont porté jusqu'ici que sur des cas relativement peu nombreux. Nous avons cru néanmoins pouvoir publier nos premiers résultats. Leur mise en œuvre, en effet, est fort compliquée, elle nécessite un grand nombre d'animaux et des examens microscopiques délicats : des statistiques portant sur des centaines d'observations seront difficiles à obtenir. D'autre part, nous sommes en droit de faire

(1) *Klin. Woch.*, 1928.
(2) *Journ. of Physiol.*, 1929.
(3) *Bioch. Ztft.*, 1931.
(4) *Arch. néerland. phys.*, 1929.
(5) *Die Hormone des Ovariums*, un vol., Berlin 1935, Springer édit.
(6) *Lancet*, 1930.
(7) *Soc. Biol.*, 1928.

©BIUM

remarquer que ces premières investigations ont déjà donné des résultats homogènes. Deux groupes bien caractérisés cliniquement — les impuissants d'une part, les exhibitionnistes de l'autre — se répartissent d'après les taux de leurs examens dans des catégories opposées. Cette netteté dans la catégorisation n'est pas souvent rencontrée au cours des recherches biocliniques. Quelques remarques nous seront donc permises au sujet de ces cas.

Et tout d'abord on aurait pu supposer que chez les impuissants le trouble de l'activité sexuelle eût été en corrélation avec la présence d'une substance empêchante, avec un taux élevé d'hormone femelle. Or, on constate que chez les malades impuissants, c'est-à-dire incapables de pratiquer le coït et souvent même incapables d'éjaculation, la folliculine n'est pas décelable dans l'urine dans les conditions où nous nous sommes placés : sur dix impuissants le taux de la substance œstrogène a été inférieur sept fois à 3 unités-rat, une fois à 5 unités, deux fois à 8 unités.

Ce résultat viendrait à l'appui de l'opinion soutenue par l'un de nous (Sch.) quant à la prévalence du psychisme dans l'impuissance : dans plusieurs communications à la Société de sexologie (v. *Bulletin*, t. I, pp. 71, 117, 283), il indiquait, avec exemples cliniques à l'appui, la prédominance des facteurs psychologiques sur les facteurs endocriniens dans la pathogénie de l'impuissance sexuelle.

Les résultats fournis par les sujets atteints d'exhibitionnisme tendraient par contre à montrer que cette dernière sexopathie relève d'une condition moins univoque.

Nous ne voulons pas non plus tirer de cette autre série de résultats des conclusions catégoriques ; nous nous contenterons de dire que la présence d'une quantité exagérée de folliculine dans l'urine des exhibitionnistes est une constatation qui mériterait d'être contrôlée, d'être éventuellement expliquée. Y a-t-il, chez les exhibitionnistes, excès de substances féminisantes, à effet inhibiteur de la virilité ? Nous rappellerons à ce propos les communications de Ceillier (1) et de Picard (2) sur l'exhibitionnisme sans perversion mentale, par dysfonction ou carence sexuelle.

M. Picard. — Les faits que viennent de signaler les auteurs ; ceux d'exhibitionnisme par carence sexuelle que je signalais ces jours derniers ; l'existence de l'acromégalie chez certains

(1) A. Ceillier. — *Soc. de Médecine légale*, 16 mars 1927.
(2) J. Picard. — *Soc. Médico-Psychol.*, 24 juin 1935.

©BIUM

exhibitionnistes dont deux sont actuellement dans mon service, prouvent qu'il y a un rapport entre les troubles sexuels et la dysendocrinie.

M. GUIRAUD. — Aux cas des auteurs où l'impuissance coexiste avec la présence de substance œstrogène dans l'urine, s'opposent ceux où cette substance existe chez des individus mâles génitalement hyperexcités, et chez les étalons. Cette substance ne saurait donc avoir la signification que lui attribuent les auteurs. Les hormones sexuelles sont ambivalentes. Nombreux sont, parmi les exhibitionnistes, ceux qui sont de véritables hypergénitaux.

On n'a pas le droit de conclure que la féminisation d'un mâle soit en rapport avec l'abondance de l'œstrogène dans son urine.

Une recherche intéressante serait le dosage spectrométrique ou électrique de cette substance chez les maniaques et les paralytiques généraux au début qui, on le sait, ont généralement de l'excitation sexuelle.

M. SCHIFF. — Nous n'avons formulé que des hypothèses, et nous avons parlé d'une déviation plutôt que d'une diminution de la sexualité, par l'influence de l'œstrogène. Les hormones sexuelles sont érotisantes sans polarisation masculine ou virile. Les méthodes spectrométriques et électriques ne sont applicables qu'aux fortes doses de substance œstrogène. Elles ne peuvent s'appliquer chez nos malades.

M. GUIRAUD. — Il serait intéressant d'injecter massivement de la folliculine aux animaux mâles pour observer si leur activité sexuelle en est diminuée.

M. SCHIFF. — On pourrait également être tenté d'injecter de la folliculine cristallisée aux malades sexuellement excités. Mais l'expérience nous a paru trop risquée.

Le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés, par M. DESRUELLES, Mmes A. MASSON-CHIARLI, M.-P. GARDIEN-JOURD'HEUIL et M. P. GARDIEN.

A la suite des travaux de Gosset, Binet et Petit-Dutaillis, de Michel, de Binet et Stoïcesco, depuis 6 ans (sept 1929), nous traitons le refus d'alimentation par des injections intraveineuses d'une solution hypertonique de chlorure de sodium.

En juillet 1930, deux d'entre nous ont publié dans les *Anna-*

©BIUM

les Médico-Psychologiques les observations, — les premières, à notre connaissance, — de cinq aliénées anorexiques très améliorées par ce traitement. Nous pensions alors qu'il fallait réserver cette thérapeutique aux seules anorexies d'étiologie toxique : auto-intoxications si fréquemment rencontrées au cours de la confusion mentale, de la manie et de la mélancolie. « Lorsque l'anorexie mentale, écrivions-nous, se surajoute à l'état toxique, 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. » (1) Notre expérience ne reposait alors que sur un petit nombre de cas ; actuellement, nous avons une opinion différente. Les injections intraveineuses de chlorure de sodium en solution hypertonique agissent sensiblement dans la même proportion chez les anorexiques avec auto-intoxication, état saburral des voies digestives, fièvre et chez les malades présentant une anorexie mentale sans troubles physiques apparents. Ce sont nos résultats cliniques et nos statistiques que nous nous proposons de donner ici.

1. Anorexie avec état toxi-infectieux. — De septembre 1929 au mois d'août 1935, nous avons observé 63 cas d'anorexie en rapport avec un état toxi-infectieux plus ou moins grave. Il s'agit de déments précoces, de confus, de maniaques, de mélancoliques, etc. Chaque malade reçut une ou plusieurs injections intraveineuses de chlorure de sodium en solution hypertonique, 45 reprirent leur alimentation dans les heures suivantes, 6 autres n'acceptèrent nourriture et boisson que 12 heures après l'injection. Nous avons ainsi 51 cas traités avec succès, soit 81 0/0.

Il serait trop long et fastidieux de rapporter toutes nos observations, parce qu'elles se ressemblent toutes, nous n'en citerons que quelques-unes.

Observation I. — Mme P. L., 23 ans. Entrée le 18 juin 1932. Démence précoce avec stupeur, négativisme, mutisme, refus d'aliments. Etat saburral des voies digestives, constipation, haleine très fétide. Tuberculose pulmonaire évolutive.

Le 19 juin, après un lavage d'estomac suivi de l'ingestion d'une solu-

(1) M. Desruelles et A. Chiarli. — Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxi-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1930.

©BIUM

tion de 30 gr. de sulfate de soude, 10 cc. intraveineux de NaCl en solution hypertonique à 10 %, à 11 h. 30. On relève sur la feuille d'observations de l'infirmière : « A 15 heures, une tasse de café au lait ; à 16 h., une tasse de lait ; à 17 h., une tasse de café au lait ; à 19 h., de même ; à 20 h. 30, une tasse de limonade ; à 21 h. 15, une tasse de lait ; à 22 h., une tasse de limonade. Le 20 juin, à 12 h. et à 4 h., une tasse de limonade ; à 6 h. 15, une tasse de café au lait ; à 8 h. 30, un peu de limonade. »

Elle s'alimente bien les jours suivants.

Observation II. — Mme B. P., 42 ans. Entrée le 6 juillet 1931 pour dépression mélancolique avec anxiété, idées d'auto-accusation. En quelques jours s'installe un état confusionnel avec état saburral des voies digestives, constipation, urines très rares, refus total d'aliments. Le 15 juillet, après un lavage d'estomac terminé par l'administration — par la sonde — de 30 gr. de sulfate de soude, elle ne boit qu'un verre de limonade. Température 39°. Pouls rapide. Etat général alarmant.

Le 16 juillet à midi, injection intraveineuse de 10 cc. de solution salée hypertonique à 20 % ; deuxième injection quatre heures après. La malade boit un peu dans la soirée, urine dans la nuit. Le 17, au matin, elle boit une tasse de café, une tasse de lait, un verre de limonade et deux tasses de bouillon. La température reste élevée. Le 19, température 38°4 le matin, 38° le soir. L'infirmière note sur l'observation : « Boit beaucoup, demande continuellement à boire. » Le 21, elle n'a plus de fièvre. Progressivement elle reprend une alimentation normale.

La malade est sortie guérie au début d'octobre 1931.

Observation III. — Mme D. G., 37 ans. Entrée le 21 août 1931 pour confusion mentale, avec agitation motrice, désordre des actes, mutisme presque complet. Mimique anxieuse et effrayée par moments. Etat saburral très prononcé des voies digestives. Haleine fétide ; langue rôtie, craquelée ; lèvres fuligineuses. Refus total d'aliments depuis plusieurs jours. Constipation ; anurie ; température 38°5. Un pronostic très réservé est communiqué à la famille.

Le 23 août, 10 cc. intraveineux d'une solution de chlorure de sodium à 10 %. Une demi-heure après, elle répond à quelques questions, puis boit un peu de café. Un demi-litre de sérum physiologique en injection sous-cutanée ; l'absorption se fait en 8 minutes.

Le lendemain, un cathétérisme vésical donne issue à un litre d'urines rouge brun. 10 cc. intraveineux d'une solution de NaCl à 20 %. Quatre heures après, la malade urine (1) et boit abondamment. Les

(1) Howard, F. Root et P.-P. Henson ont signalé la diurèse abondante qu'ils ont obtenue chez un anurique, grâce à une injection intraveineuse de 60 cc. de solution de NaCl à 10 0/0.

©BIUM

jours suivants, alimentation liquide seulement. Les phénomènes toxiques s'atténuent rapidement.

OBSERVATION IV. — Mme M. L., 54 ans. Entrée le 22 février 1933. Etat de stupeur confusionnelle avec agitation, impulsions à la violence, pantophobies. Signes d'auto-intoxication. Fièvre peu élevée. Refus d'alimentation.

Le 23 février, un lavement purgatif n'est suivi d'aucun résultat. Le 24, après un lavage d'estomac et l'ingestion d'un purgatif salin, on fait, à 10 h. 30, une injection de 10 cc. de solution salée hypertonique à 20 %. On lit sur la feuille d'observations de l'infirmière : « A 11 heures, un verre de limonade ; à 11 h. 15, de l'eau ; de même à 13 h. ; à 17 h., une tasse de café au lait ; à 20 h., également ; à minuit, un verre de limonade ; à 5 h., un verre d'eau ; à six heures, une tasse de café au lait ; à 9 h., de même ; à 11 h., un peu de limonade. »

Par la suite, la malade s'alimente bien et sort guérie le 24 avril.

OBSERVATION V. — Mme R. B., 30 ans. Entrée le 7 juillet 1934 pour mélancolie avec stupeur, auto-accusations, tentative de suicide par strangulation. Maigreur. Etat général médiocre.

Le 10 juillet, refus d'alimentation. Constipation. Le 11, injection intraveineuse de 10 cc. d'une solution de NaCl à 10 %, sans résultat. Le 12, un lavement reste inefficace. Le même jour, 10 cc. intraveineux de solution salée à 20 % ; trente minutes après, elle boit une demi-tasse de café ; un peu plus tard, elle prend à nouveau du café, puis une tasse de thé. Lavement purgatif. Dans la nuit du 12 au 13 juillet, la malade *demande* à boire à quatre reprises. Le 13, au matin, elle prend deux tasses de café au lait et un verre de limonade.

Le 22, nouvel accès de sitiophobie. Le 24, lavage d'estomac suivi d'une purgation saline. Résultat favorable le jour même et le lendemain matin (1). Le 26 juillet, le refus de nourriture est total. Nouvelle injection intraveineuse de 10 cc. de solution de chlorure de sodium à 20 %. Dix minutes après, la malade boit une tasse de soupe et *mange une assiettée de légumes*.

Le lendemain et les jours suivants, l'alimentation est normale.

La malade sort guérie le 30 décembre 1934.

Cette thérapeutique par le NaCl en solution hypertonique n'a échoué que chez 12 malades sur les 63 traitées, soit 19 % d'insuccès. Parmi nos 12 échecs, nous comptons deux résultats insuffisants et les deux cas suivants :

OBSERVATION VI. — Mlle Hen., 18 ans ; entrée à l'asile en février 1934. Excitation maniaque avec état saburral des voies digestives.

(1) Nous avons remarqué depuis longtemps, — c'est un fait d'ailleurs bien connu, — l'heureuse influence du lavage d'estomac sur l'anorexie, mais, outre son inconstance, l'effet favorable ainsi obtenu ne dure guère.

©BIUM

Refus d'alimentation. Le 6 février, injection intraveineuse de 10 cc. de solution salée à 10 %. Le 7, 10 cc. de solution à 20 %. Même traitement le 8, suivi d'un lavage d'estomac terminé par l'ingestion d'une purgation saline. La malade ne s'alimente que le 10, — le surlendemain —, et depuis lors, régulièrement.

Observation VII. — Mme S. M., 55 ans ; entrée le 1er septembre 1934. Présente un état mélancolique avec anxiété, mutisme, refus de nourriture. Fièvre. Le 4 septembre, 39°9, pouls à 100. Langue sèche, rôtie. Un bulletin de santé, alarmant, est adressé à sa famille.

Le 5 septembre, 10 cc. de NaCl à 20 %. Le 6, même traitement suivi d'un lavage d'estomac et d'une purgation saline. Le 7, 10 cc. de solution salée à 20 %, puis lavement évacuateur. Aucun résultat. Goutte à goutte rectal. La température reste aux environs de 40° ; l'état général demeure aussi grave.

Ce n'est que le 9 septembre que la malade s'alimente, et régulièrement ensuite. En même temps, sa température tombait progressivement. Elle est sortie, guérie, le 24 octobre 1934.

Chez ces deux malades, la sitiophobie n'a cédé que 48 heures après la dernière injection de chlorure de sodium en solution hypertonique. Il semble bien que la reprise de l'alimentation se soit faite sous l'influence de cette thérapeutique, mais le rapport de cause à effet ne paraît pas évident et nous préférons, par prudence, compter ces deux cas douteux au nombre de nos 12 échecs.

Si nous classons nos malades par diagnostics, nous obtenons les chiffres suivants :

Sur 2 paralytiques générales sitiophobiques traitées par le chlorure de sodium en solution hypertonique, 2 succès ;
sur 15 mélancoliques, un seul échec (6,61 0/0) ;
sur 13 cas de manie, deux échecs (15,3 0/0) ;
sur 19 cas de confusion mentale, trois échecs (15,7 0/0) ;
sur 10 cas de démence précoce, trois échecs (30 0/0) ;
un échec sur deux cas de démence sénile ;
un échec pour deux alcooliques ;
un échec chez la seule démente organique traitée pour sa sitiophobie.

Ainsi, il apparaît clairement que le refus d'alimentation du mélancolique est celui qui cède avec le plus de facilité au chlorure de sodium en solution hypertonique ; la sitiophobie du maniaque et celle du confus sont moins faciles à vaincre, moins aisée encore celle du dément précoce. Quant aux paralytiques généraux, aux déments séniles, aux déments organiques, aux

©BIUM

alcooliques, nous n'exprimerons pas d'opinion, notre statistique ne comportant qu'un nombre trop restreint de ces malades.

II. ANOREXIES MENTALES. — Dans les anorexies mentales (1), sans troubles physiques apparents, les résultats sont encore plus favorables. Nous avons réuni 35 observations d'aliénées, anorexiques pour des raisons diverses ; à la suite du traitement par le chlorure de sodium en solution hypertonique, 26 de ces malades ont repris leur alimentation dans les 2 ou 3 heures qui suivirent l'injection, 3 autres ont attendu plus de 4 heures après le traitement pour s'alimenter.

OBSERVATION VIII. — Une de nos malades, Mme B. F., 37 ans, hyperémotive constitutionnelle, avait des obsessions multiples. Pour quitter le pavillon où elle était soignée, elle avait imaginé de jeûner volontairement, espérant, par cette sorte de chantage, arriver à ses fins.

Après deux jours de refus total d'alimentation, elle reçut (28 novembre 1934) une injection intraveineuse de NaCl en solution à 20 %. Une demi-heure après, elle réclamait à boire, et le lendemain matin, à la visite, elle disait au médecin-chef : « Vous m'avez f... une soif extraordinaire avec cette piqûre » (2). Par la suite, elle a continué à s'alimenter.

Cette sensation de soif intense, plusieurs malades nous l'ont décrite. Nombreuses sont celles qui ont été signalées par les infirmières du service de veille, pour être allées boire à plusieurs reprises de l'eau froide, ayant épuisé les divers liquides placés auprès d'elles.

Chez 6 malades seulement, soit 17 0/0, nous avons échoué tout à fait, et pour cinq d'entre elles, nous avons dû recourir à la sonde œsophagienne.

Si nous établissions un tableau de nos 35 anorexiques mentales, par diagnostic, nous constaterions que les 6 malades atteintes de délire systématisé chronique ont repris leur alimentation sous l'influence du traitement ; notons que, pour 5 d'entre elles, le résultat fut immédiat. Sur 4 maniaques, 3 succès ; même proportion pour 4 démentes précoces. Succès avec

(1) Par anorexie mentale, nous entendons le refus de nourriture volontaire, du maniaque, par jeu ; du mélancolique, par idées de suicide ou sous l'influence d'autres idées délirantes (par auto-punition, par exemple), ou d'hallucinations impératives ; de l'intoxiqué, par chantage ; du persécuté, par défiance ; du dément précoce, par négativisme, etc. Il ne s'agit pas ici de l'anorexie mentale juvénile.

(2) MARES CAHANE cite l'observation d'une anorexique qui manifeste « une soif impressionnante » sous l'influence d'injections intraveineuses hypertoniques de chlorure de sodium.

©BIUM

une débile mentale et une paralytique générale, de même avec une morphinomane et 3 alcooliques. Deux échecs sur 8 mélancolies anxieuses ; un échec sur 4 mélancolies chroniques.

Il ne semble pas qu'on puisse retirer de ces chiffres un enseignement quelconque, sinon que la solution hypertonique de chlorure de sodium est capable de faire céder l'anorexie mentale, quel que soit le diagnostic psychiatrique.

Nos 80 résultats favorables obtenus, sur un total de 98 malades (81,5 0/0), démontrent l'efficacité de ce traitement, non seulement dans les états d'intoxication, mais encore lorsqu'il ne semble exister aucun trouble physique.

TECHNIQUE. — Notre expérience nous permet de préconiser la technique suivante : on commence par administrer, si cela est possible, une purgation saline à toute aliénée qui refuse de s'alimenter ; parfois, en cas d'anorexie mentale, on peut parvenir à faire accepter le sulfate de soude et la soif déterminée par la purgation suffit à faire cesser la grève de la faim. Mais, le plus souvent, les malades n'acceptant pas la purgation, on pratique d'emblée une injection intraveineuse de 10 cc. de NaCl en solution à 20 0/0 (1). Cette injection doit être poussée lentement (2), ce qui n'est pas toujours aisé, l'agitation de la malade contraignant parfois à agir plus vite qu'on ne le voudrait. Dès l'opération terminée, on invite la malade à boire une tasse d'un liquide quelconque, ou, si son état mental le permet, on place à côté d'elle un ou deux verres de lait, de café ou de thé. Au cas d'anorexie mentale, la malade cédera souvent à la soif intense déterminée par la solution chlorurée hypertonique. S'il s'agit d'une confuse intoxiquée, il est indispensable, pour obtenir un bon résultat, d'avoir un personnel compétent et surtout dévoué, qui donnera à boire à la malade autant de fois qu'il sera nécessaire. Pendant la nuit, les infirmières du service de veille lui présenteront, toutes les deux heures environ, un verre de boisson quelconque. Il est bien évident que la confuse anorexique, fiévreuse, agitée, ne boira pas d'elle-même, et nous insistons sur ce fait que le résultat est souvent fonction du dévouement des infirmières.

Si cependant l'injection de NaCl en solution hypertonique

(1) Au début, nous utilisions la solution à 10 0/0, mais nous nous sommes rendu compte de l'efficacité plus grande de celle à 20 0/0 que nous employons toujours actuellement.

(2) Léon BINET et S. STOICESCO ont insisté sur la « nécessité absolue de ne pratiquer, en thérapeutique humaine, que très lentement les injections intraveineuses de solutions chlorurées hypertoniques ».

©BIUM

reste sans influence sur l'anorexie, le lendemain, on pratiquera un lavage d'estomac à l'eau de Vichy (2 litres), terminé par l'administration, par la sonde, d'une purgation saline. Ce lavage d'estomac sera suivi d'une deuxième injection de solution salée hypertonique.

Au cas d'échec, le surlendemain, troisième injection qu'on précédera d'un lavement purgatif. Il est d'ailleurs rare qu'on ait à recourir à une troisième injection, le résultat étant, le plus souvent, obtenu dès la première.

Il peut arriver cependant, nous l'avons vu, que ce traitement soit totalement inefficace ; en ce cas, on en est réduit à l'alimentation par la sonde, à moins de tenter les injections de somnifène intraveineux qui, en des mains expertes, font parfois céder l'anorexie. M. J. Lauzier obtient, par cette méthode, d'excellents résultats.

A deux reprises, il nous est arrivé, après l'échec d'une première injection de solution salée hypertonique, de ne pouvoir en pratiquer une deuxième, du fait de la petitesse des veines, noyées dans un épais tissu adipeux. Ces deux cas sont comptés dans nos échecs.

Observation IX. — Chez une de nos malades, Mme L. G., 37 ans, démente précoce avec négativisme, présentant de la sitiophobie à répétition, nous avons dû renouveler le traitement 13 fois en deux ans. 9 injections de chlorure de sodium en solution hypertonique eurent une efficacité immédiate et durable, 4 n'eurent aucun effet, une autre ne donna qu'un résultat insuffisant.

Incidents. — Nous avions signalé, en 1930, qu'aucun incident n'avait suivi les injections de NaCl en solution hypertonique, mais, depuis, nous en avons eu un, et précisément l'année même de notre communication.

Observation X. — Il s'agissait d'une malade, Mme P. B., qui, entrée le 8 juin 1930 pour mélancolie avec anxiété, présentait, au début de juillet, un état saburral des voies digestives avec urines rares et constipation. En même temps, refus d'alimentation.

Le 11 juillet 1930, on pratique, à 8 heures, une injection de NaCl en solution à 10 %, une deuxième à 10 heures et une troisième à 15 heures. Aussitôt après cette dernière, la malade eut un malaise avec pâleur, angoisse et pouls petit, filant. Ces phénomènes de choc (?) cédèrent à un milligramme d'adrénaline. Une heure après, environ, la malade eut une diurèse abondante avec selles copieuses. Elle but un peu. Le lendemain, et par la suite, elle s'est alimentée normalement.

©BIUM

Par quel mécanisme la solution de NaCl déclanche-t-elle la reprise de l'alimentation ? Nous laissons à d'autres, plus compétents, le soin de l'exposer. Mais il semble que, pratiquement, le chlorure de sodium agisse chez les anorexiques mentaux par la seule soif, intense il est vrai, qu'il leur procure. Chez les anorexiques avec syndrome toxi-infectieux, il y a, en outre, rechloruration de l'organisme, et, partant, excitation de la défense contre l'infection et l'intoxication. Récemment, Mares Cahane a montré qu'il existait un rapport entre l'anorexie toxi-infectieuse et le métabolisme du chlore.

Quoi qu'il en soit, dans un service de 700 malades, depuis que nous utilisons cette thérapeutique, nous n'avons pas eu à déplorer, en six ans, un seul décès par délire aigu. Il est vrai que la suppression totale des camisoles n'est pas étrangère à ce résultat. Depuis dix-huit mois, grâce aux injections de solution chlorurée hypertonique, il n'y a pas eu de malade à alimenter à la sonde.

Peut-être le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse aurait-il d'heureux effets dans l'anorexie mentale juvénile à laquelle, comme l'ont montré H. Baruk et le Professeur Nobécourt, on n'oppose que la psychothérapie. Nous n'avons pas eu l'occasion de traiter de tels malades.

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 intraveineuses de solutions hypertoniques de chlorure de sodium, étude expérimentale. *Paris-Médical*, 7 décembre 1929.

M. Desruelles et A. Chiarli. — Injections intraveineuses de sérum chloruré hypertonique dans les états toxi-infectieux graves qui accompagnent certaines maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, juillet 1930.

Howard, F. Root et P.-P. Henson. — Traitement de l'anurie par les solutions salées hypertoniques. *Journal of the American Medical Association*, 22 août 1931.

J. Castaigne. — Le chlorure de sodium dans l'organisme humain à l'état normal et pathologique. *Le Journal Médical Français*, déc. 1933.

Nobecourt. — L'anorexie mentale ou psychique. Leçon du 27 janvier 1934. *La Pédiatrie pratique*, 15 janvier 1935.

H. BARUK. — L'anorexie mentale et les névroses dysphagiques. Clinique et Laboratoire, 20 octobre 1934.

M. CAHANE. — Le rôle du métabolisme du chlore dans l'anorexie et la sitiophobie de certains malades. *Annales Méd. Psych.*, février 1935.

M. GUIRAUD. — L'insuline à petites doses (15 unités tous les 2 jours) est un excellent moyen de réveiller l'appétit des malades qui mangent peu. Il ne faut pas la donner à jeûn. Mais on peut la mêler au repas de gavage.

M. Th. SIMON. — Magnan recommandait de saler fortement les premiers repas de gavage. Et de la sorte on obtenait fréquemment la disparition de la sitiophobie avec le retour de la soif.

L'influence heureuse du chlorure de sodium chez les sitiophobes s'explique aussi par son efficacité contre l'état toxi-infectieux. Il faudrait doser les chlorures des sitiophobes.

M. GUIRAUD. — Il faudrait faire ce dosage, et dans les tissus, et dans le sang.

M. PICARD. — La sitiophobie peut exister avec des œdèmes et une forte rétention chlorée. C'est le cas d'un malade de mon service.

La séance est levée à 17 heures 30.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

©BIUM

RÉUNIONS ET CONGRÈS

IIIe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

Bruxelles (20-21 juillet 1935)

Président : M. Ernest DE CRAENE (de Bruxelles).

La *IIIe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale* a tenu ses assises à *Bruxelles* les *20* et *21 juillet 1935* sous les auspices de la *Ligue nationale belge d'Hygiène mentale* et la direction de son *Président* Ernest DE CRAENE, agrégé de l'Université libre de Bruxelles.

Douze nations y étaient représentées par des délégués et des participants. La participation anglaise, française, hollandaise, italienne et suisse y était particulièrement nombreuse et choisie. Il nous fut particulièrement agréable de voir assister à cette réunion européenne plusieurs Américains et Canadiens qui prirent une part active à nos travaux.

Les trois séances de travail furent tenues dans l'auditoire du Centre de Santé de la Croix-Rouge. Ces séances furent présidées successivement par le Professeur E. MEDEA (Italie), le Dr MEYERS (Hollande), Sir Hubert BOND (Angleterre), le Dr Basile LIPETZ (Etats-Unis d'Amérique), le Dr René CHARPENTIER (France) et le Dr BERSOT (Suisse).

Trois questions étaient à l'ordre du jour, traitées chacune par deux ou trois rapporteurs.

I. — L'Assistance hétéro-familiale des malades mentaux

par le Professeur Giuseppe CORBERI (de Milan)

1er Rapport

Dans son rapport sur les modalités de l'assistance familiale en Italie, le Professeur Giuseppe CORBERI, de Milan, montre que dans son pays l'assistance hétéro-familiale a pris, dès sa naissance, en 1900, la forme de petits

©BIUM

foyers disséminés et, en général, péri-hospitaliers. Plusieurs de ces centres se sont éteints par l'organisation, dans les asiles dont ils dépendaient, du traitement par le travail directement contrôlé par le médecin. Il convient pourtant de signaler le système adopté à Imola, sous l'impulsion du Dr Baroncini. Il consiste dans la formation de petites colonies de malades confiés à des familles de paysans, colonies et familles qui travaillent sous la surveillance d'un patronage, qui pourvoit à tous les besoins des malades et indemnise les nourriciers de façon adéquate. Ce système peut être appliqué plus facilement que le système de Gheel là où n'existe pas une préparation suffisante ou une tradition.

2e *Rapport*

par le Dr J. Vié (d'Ainay-le-Château)

Dans son rapport, le Dr J. Vié, médecin directeur de la colonie d'Ainay-le-Château, étudie les aspects sociaux de la colonisation hétéro-familiale des aliénés dans les colonies du type Gheel.

Il commence par signaler les notes, les similitudes et les différences entre le système de Gheel et le système français d'Ainay et de Dun. Ils ont ce trait commun d'être des colonisations à peuplement dense (1 malade pour 6 habitants à Gheel, pour 8 à Ainay). Par contre, des différences notables existent en ce qui regarde le recrutement des malades : en Belgique, aucune restriction d'âge, de classe sociale, de provenance, ni de nationalité, seuls les « judiciaires » sont en fait écartés ; en France, limitation aux malades indigents, peu visités ou abandonnés et très sélectionnés.

Il étudie ensuite les facteurs relatifs aux malades : la situation économique et naturelle des lieux de colonisation (population peu dense, milieu psychologique très simple) ; la situation familiale, sociale, intellectuelle et morale des nourriciers, les rapports des pensionnaires avec les nourriciers et le reste de la population.

En conclusion de son remarquable rapport, l'auteur donne les règles suivantes :

1° Le placement familial vaut ce que valent le médecin, l'infirmier visiteur, surtout peut-être le nourricier ;

2° Les indications psychiatriques sont d'autant plus étendues que les nourriciers offrent plus de ressources économiques, intellectuelles et surtout morales ;

3° Son moyen d'action propre est une psychothérapie sociale ;

4° La colonisation à peuplement dense entraîne une spécialisation presque exclusive, qui doit recevoir un consentement unanime et, pour cela, ne pas se limiter à une classe sociale ;

5° Son indication fondamentale est l'assistance aux chroniques socialement isolées.

3e *Rapport*

par le Dr F. Sano (de Gheel)

Le Dr F. Sano, médecin directeur de la colonie de Gheel, expose à son tour les diverses modalités d'assistance hétéro-familiale des aliénés. Il donne tout d'abord un court historique de l'évolution de l'assistance aux malades mentaux. Le système hétéro-familial est ainsi considéré comme un

©BIUM

stade chronologiquement intermédiaire entre le régime homo-familial et l'asile. Il cite l'exemple connu de l'Ecosse et ceux, beaucoup moins connus, de la Finlande et du Japon.

Le régime hétéro-familial, qu'on considérait jadis comme exceptionnel, s'est étendu un peu partout (France, Russie, Allemagne, Hollande, Danemark, Roumanie, Italie), chaque pays l'organisant suivant des modes particuliers, parfois suivant le système de colonisation à peuplement dense, type Gheel, le plus souvent suivant le système de colonisation à peuplement dispersé, type écossais.

Enfin, un complément obligé de tout traitement des malades mentaux est l'organisation d'une bonne assistance sociale qui aide au reclassement des convalescents. Il cite tout particulièrement l'organisation américaine, anglaise et hollandaise et celle de l'Institut Henri-Rousselle à Paris.

Discussion

Prirent part à la discussion très animée qui suivit l'exposé des trois rapporteurs : le Dr René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine, qui signala quelques opinions peu connues de précurseurs français et américains en matière d'hygiène mentale ; le Prof. A. Ley, de Bruxelles ; le Prof. Médéa, d'Italie ; le Dr Forel, de Nyons (Suisse), qui émit une série de propositions pour améliorer le régime hétéro-familial ; le Dr Sanders, de Hollande ; le Dr Bersot, de Suisse, qui rappelle que c'est à un Belge, feu le Prof. Mahaim, que l'on doit les premiers placements familiaux réalisés en Suisse ; Sir Laurence Brock, d'Angleterre ; le Dr Tumiati, d'Italie.

Pour clôturer, les trois rapporteurs répondirent à diverses questions qui leur avaient été posées et précisèrent quelques points de leurs rapports.

II. — Punition et contrainte dans la famille et à l'école

1er *Rapport*

par le Dr Heinrich Menq (de Bâle)

Le point de vue psychanalytique de cette importante question est développé par le Dr Heinrich Menq, de Bâle, auteur d'un livre sur la question (Strafen und Erzichen). Il considère comme impossible de savoir si la contrainte et la punition sont utiles ou nuisibles au développement psychique de l'enfant. Mais il est d'avis que tous les moyens éducatifs, même la contrainte et la punition, doivent être examinés au point de vue de savoir si leur action présente et future contribue à lier à tel point l'instinct agressif et l'instinct érotique, que l'homme, en tant que personnalité moralement mûre et sans envie de domination, puisse travailler, aimer, renoncer à jouir, et devenir un être social productif dans la communauté. Bon ou mauvais, l'emploi de la contrainte et de la punition en matière d'éducation répond à un besoin de vengeance de l'adulte auquel répond le sentiment de culpabilité de l'enfant et son besoin pathologique de punition.

2e *Rapport*

par le Dr H. Crichton-Miller (de Londres)

Le rapport du Dr H. Crichton-Miller, médecin-chef de l'Institut de psychologie médicale de Londres, est orienté dans un tout autre sens. L'édu-

©BIUM

cation ne doit pas seulement rendre l'enfant capable de prendre conscience de lui-même, mais créer chez lui une attitude positive qui lui permettra de jouer dans la société un rôle consciemment utile. Le mobile des parents qui punissent est, d'après lui, très secondairement attribuable à un besoin de vengeance inconscient. La punition et la contrainte sont plutôt appréciées par les parents comme un mode particulièrement facile d'éducation, ne leur demandant qu'un effort minime d'adaptation à la mentalité de l'enfant.

Les punitions et contraintes ne sont éducatives que lorsqu'elles sont appliquées comme des mesures impersonnelles et inexorables, les rapprochant des lois de la nature. Bien plus que les inconvénients des punitions et contraintes matérielles, il faut se méfier des dangers de l'éducation sentimentale qui prétend diriger avec amour. L'enfant agit alors par crainte de châtiments moraux qui sont bien plus déprimants que les autres.

De toute façon, les punitions et contraintes ne sont admissibles qu'à un stade élémentaire de la période éducative pendant lequel l'enfant est encore incapable de comprendre des mobiles plus élevés.

DISCUSSION

Ces deux rapports ont soulevé des objections en sens divers. Le Dr FOREL (Suisse), se montre assez sceptique à l'égard de toute éducation ; le Professeur MÉDÉA (Italie) rappelle des tendances éducatives italiennes ; Sir Laurence BROCK (Angleterre), rappelle que l'enfant n'est pas primitivement vertueux et qu'il faut donc l'éduquer ; le Professeur A. LEY (Belgique), affirme que l'enfant élevé suivant les saines règles de l'hygiène mentale n'a pas besoin de punitions ; le Dr Doris ODLUM (Angleterre), insiste sur l'importance de l'unité de vue et de direction dans l'éducation ; le Dr SAND (Belgique), croit surtout dans la vertu de l'exemple et cite à cet égard le Japon, où les enfants ne seraient pas punis. Prennent encore part à la discussion : le Professeur CORBRI (Italie) et le Professeur VERMEYLEN (Belgique). Le Dr MENQ répond en quelques mots pour clore la discussion.

III. — L'hygiène mentale et la presse

1er Rapport

par le Dr O. FOREL (de Prangins)

Le Dr O. L. FOREL, médecin-directeur des Rives de Prangins (Suisse), définit dans son rapport en quoi la presse peut nuire à l'hygiène mentale et en quoi il est possible d'y remédier.

Il décrit les diverses rubriques des journaux où l'hygiène mentale peut être lésée ou propagée. Il montre aussi la grande puissance de la presse et comment elle parvient à « créer un mouvement d'opinion ». Il en montre également la dépendance et l'indépendance et cite des exemples des méfaits qu'elle peut commettre.

Parmi les textes nuisibles à l'hygiène mentale, il cite : les excitations à la guerre, les descriptions de délits, les « canards », les préjugés contre les malades mentaux, la mansuétude pour les alcooliques, les récits concernant les personnages mystiques les publications charlatanesques.

Parmi ceux qui sont utiles : articles sensés sur l'hygiène mentale, l'hérédité psychique, le dépistage précoce des anomalies mentales, la nocivité de l'alcool et des stupéfiants, l'hygiène sexuelle, l'hygiène du travail, etc...

©BIUM

2e Rapport

par le Dr Van der Spek (de Rotterdam)

Le Dr Van der Spek, médecin-directeur de l'Institut de Psychiatrie « Maasoord », à Rotterdam (Hollande), s'attache à montrer que l'Hygiène Mentale et la presse ont beaucoup d'intérêts communs. En favorisant l'hygiène mentale de la société, la presse favorise en même temps, de la manière la plus efficace, sa propre santé mentale.

Pour ce faire, la presse doit s'efforcer de rester objective et critique, éviter les reportages sensationnels, les fausses nouvelles, les annonces suspectes, l'excitation des passions, mener au contraire campagne pour la pureté de la vie sexuelle, des mœurs en général, pour la sobriété, la formation du caractère, l'amour du travail, les problèmes eugéniques, l'esprit sportif, etc...

Il termine en demandant pour la presse un « tribunal d'honneur » veillant à la bonne tenue des journaux et un bureau permanent international d'hygiène mentale à la Société des Nations.

Discussion

Prennent part à la discussion le Dr Alexander (Belgique), qui pense que la presse devrait solliciter l'effort intellectuel et critique de ses lecteurs et que les leçons de psychologie et d'hygiène mentale devraient être données dans les écoles de journalisme ; le Dr Tumiati (Italie), le Professeur Médéa (Italie), qui rappelle que la presse de son pays ne publie plus des nouvelles sur les suicides ; le Dr Groenveld (Hollande).

Les Drs Van der Spek (Hollande) et O. L. Forel répondent aux argumentateurs.

Vœux émis par l'Assemblée

A la fin de la réunion, les *vœux* suivants ont été émis :

1° Le Comité Supérieur d'Hygiène à Genève doit donner une place plus grande à l'Hygiène Mentale (Dr Van der Spek).

2° Il faut s'efforcer d'obtenir de la presse qu'elle s'inspire plus communément des grands principes de l'Hygiène Mentale (Dr O. L. Forel et Dr Alexander).

3° Les questions d'Hygiène Mentale devraient trouver place dans les cours donnés dans les écoles de journalisme (Dr Alexander).

Des suggestions ont été enfin émises au sujet du lieu où se tiendra la IVe Réunion Européenne d'Hygiène Mentale et des sujets qui y seront abordés. Il a été notamment proposé de traiter de *l'Hygiène Mentale dans ses rapports avec l'enseignement supérieur, avec la formation des infirmières, avec le cinéma.*

G. Vermeylen.

©BIUM

XX^e Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française

Bruxelles (17-20 juillet 1935)

Président : M. HÉGER-GILBERT (de Bruxelles).

Le *XX^e Congrès de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française* s'est tenu à *Bruxelles* du 17 au 20 juillet 1935, sous la présidence du Professeur HEGER-GILBERT.

SÉANCE INAUGURALE

Dans sa *séance inaugurale*, M. Em. VANDERVELDE, Vice-Président du Conseil des Ministres, a retracé les étapes parcourues en matière de réforme pénitentiaire depuis 1921, en exprimant sa satisfaction du concours que les médecins légistes ont apporté sous toutes formes et à tous moments à cette œuvre.

Les Anormaux et le Droit pénal, par M. Léon CORNIL.

M. Léon CORNIL, Avocat général près la Cour de Cassation, a fait une magistrale conférence sur « *Les anormaux et le droit pénal* », dans laquelle, après avoir retracé l'historique et rappelé le principe de la réforme profonde subie par la législation belge en matière répressive, il fit un examen critique, très précis et très objectif, des qualités et des défauts qui, à l'expérience de dix années, se sont révélées.

I^er Rapport

Les névroses traumatiques, par M. COSTEDOAT, de Lyon.

S'il est souvent aisé de reconnaître la part du traumatisme dans les troubles organiques du système nerveux, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une névrose. Or, ces derniers cas sont fréquents en pratique.

L'auteur refait d'abord l'historique de nos notions sur les névroses post-traumatiques. Il décrit ensuite les manifestations hystériques, la neurasthénie, la névrose émotive, la psychasthénie, les associations de ces divers types enfin la sinistrose. Le second chapitre du rapport étudie les relations entre le traumatisme et ces divers aspects de névroses. L'hystéro-traumatisme est-il un état pathologique ? L'auteur croit que les suggestions sont

©BIUM

la cause primordiale de ces états, mais qu'elles ne pénètrent dans l'individu qu'à la faveur d'une émotion. La prédisposition est nécessaire. La sincérité des sujets atteints d'hystéro-traumatisme est à peu près indéfinissable. D'autre part, les troubles physio-pathologiques dont l'existence est souvent appréciable, objectivent les conséquences de la névrose.

La neurasthénie post-traumatique peut résulter du choc physique, ou de l'émotion qui est prépondérante, ou encore elle peut pré-exister à l'accident.

La névrose émotive est essentiellement fonction de l'état de celui qui la présente, mais le degré d'intensité de l'émotion est un facteur qui ne doit pas être négligé. La psychasthénie et les obsessions résultent surtout d'éléments constitutionnels. Quant à la sinistrose, qu'on a parfois définie comme « un état qui guérit dès que celui qui en est atteint a obtenu satisfaction », elle ne se distingue jamais complètement de la simulation plus ou moins voulue.

Le dernier chapitre du rapport envisage l'indemnisation. La consolidation sera fixée selon les cas : pour l'hystérie, dès que les tentatives de psychothérapie bien faites ont échoué, pour la neurasthénie et la névrose émotive, qui s'améliorent par le repos et le calme, le plus tôt sera le mieux. L'auteur signale une série de taux d'invalidité suivant les formes d'hystéro-traumatisme, de neurasthénie et de névrose émotive. Il en discute la légitimité. Il refuse à la sinistrose le caractère d'entité nosologique.

Discussion

M. Crouzon (de Paris) expose qu'à la faveur de nos acquisitions nouvelles, le domaine des névroses traumatiques s'est rétréci considérablement. Il pense qu'en bien des cas la fixation d'une indemnité temporaire s'impose, car la curabilité est fréquente. Parfois, en cas de troubles fonctionnels prolongés, un taux d'incapacité permanent pourra être envisagé.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) estime que la dissociation des troubles neurologiques et psychiques est bien malaisée, dans les névroses, mais qu'il serait prématuré de supprimer ce groupe des névroses traumatiques de la nosologie médicale.

M. Mazel (de Lyon). — L'expert a surtout pour rôle dans ces cas embrouillés de documenter le magistrat sur la réalité du traumatisme, l'organicité des troubles, la sincérité du sujet et le rôle du terrain.

M. Diez (de Rome) souligne que le traumatisme dans les névroses n'est que l'occasion et non la cause des troubles. En Italie, on observe une forte diminution des névroses de revendication, en raison de la modification d'esprit de la jurisprudence.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux) souhaite qu'une règle de conduite mette les experts d'accord sur la question de l'indemnisation de ces troubles, encore mal définis.

II^e Rapport

Les psychoses post-traumatiques, par M. le Professeur Ern. De Craene (de Bruxelles).

Le rapporteur étudie d'abord l'étiologie et la pathogénie de ces psychoses. Sous le rapport des diverses formes de traumatismes ayant porté principalement sur le crâne, depuis le traumatisme ouvert jusqu'à la commotion, l'auteur décrit les lésions successivement découvertes dans les organes encéphaliques, et les troubles vasculaires circulatoires et sécrétoires conco-

©BIUM

mitants. Dans la symptomatologie, figurent d'abord les troubles psychiques post-commotionnels, avec leur symptôme initial si important, la perte de connaissance. Viennent ensuite les troubles psychiques post-contusionnels, accompagnés de signes neurologiques et neuro-végétatifs qui en localisent le siège. Les troubles psychiques de compression cérébrale et les troubles psychiques post-émotionnels sont examinés enfin.

L'évolution de ces manifestations est variable. Les troubles post-émotionnels ont en général une évolution favorable ; ceux qui résultent d'une lésion contuse exigent des réserves. La démence précoce a pu être rattachée dans de rares cas à un traumatisme ; la paralysie générale, qui ne peut exister sans syphilis, a pu être plus ou moins localisée ou activée par un trauma. Certains délires d'interprétation, un syndrome de Korsakoff, la maladie de Parkinson ont également parfois été en liaison avec une lésion traumatique. Enfin l'épilepsie, dans ses diverses formes, s'y rattache assez souvent. Le rapporteur étudie minutieusement toutes les modalités de cette relation, de même qu'il rappelle les localisations infectieuses, les traumatismes électriques et le syndrome subjectif commun des traumatisés du crâne.

L'étude des traumatismes périphériques est entreprise ensuite, dans leurs rapports avec les désordres psychiques.

Après une rapide revue des moyens de diagnostic, le rapporteur en vient à l'expertise médico-légale et à l'indemnisation où le rôle de l'état antérieur, si important ici dans bien des cas, sera pris en considération dans le domaine du droit commun.

Discussion

M. Crouzon (de Paris) distingue les psychopathies nettement organiques, des psychonévroses déclenchées par le traumatisme (angoisses, phobies, etc...) et des troubles psychiques où ce dernier n'est qu'un adjuvant.

Il cite la paralysie générale, les états dépressifs ou mélancoliques de la ménopause, le délirium tremens.

M. Mazel (de Lyon). — Il faut admettre la réalité du dommage chez un traumatisé du crâne, qui a fait un coma net et prolongé. L'orateur se demande comment on pourra tenir compte de complications tardives.

M. Masquin (d'Avignon). — Si l'on n'envisage que les états consécutifs aux micro-lésions de l'écorce, on doit reconnaître que l'avenir mental de ces blessés est toujours réservé. L'orateur ne croit pas à la possibilité d'une démence précoce post-traumatique.

M. Lattes (de Pavie) insiste sur le cas où, sans psychopathie, on assiste à un effondrement intellectuel du blessé. Il y a là un problème médico-légal délicat, mais d'une réalité incontestable.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) estime que l'on peut voir survenir des troubles psychiques tardifs, plusieurs années après le trauma, chez les grands blessés du crâne.

M. Brisard (de Paris). — Dans la pratique des accidents du travail, l'aggravation des traumatisés craniens est très rare. L'épilepsie traumatique elle-même est une réelle exception.

M. Molin de Teyssieu (de Bordeaux) estime que les statistiques à cet égard sont faussées par le fait que, actuellement, beaucoup plus de traumatisés légers sont expertisés.

M. Fagnart (de Bruxelles) souligne l'extrême fréquence de l'esprit de revendication des traumatisés, ce qui tend régulièrement à aggraver les manifestations subjectives accusées par eux.

©BIUM

IIIe Rapport

Dans quelle mesure peut-on associer la médecine légale et la médecine sociale, par M. le Dr René Sand (de Bruxelles).

Le rapporteur rappelle que la médecine a pour devoir de mettre ses connaissances au service de l'organisation et du fonctionnement du corps social. Il distingue dans ce rôle la part de l'hygiène sociale et de la police médicale, de celle de la médecine judiciaire. Il estime que, par ses sources et ses disciplines, la médecine légale occupe un domaine circonscrit comportant des applications individuelles beaucoup plus que collectives. Entre Médecine légale et Médecine sociale existent trois contacts : criminologie, médecine du travail et médecine professionnelle. Quant aux divers aspects de la médecine sociale, il y aurait intérêt à en faire un enseignement propre, autonome, où compétence sociale et compétence médicale seraient unies. Cette chaire nouvelle trouverait sa meilleure place au début des études médicales.

Discussion

M. Leclercq (de Lille) objecte au rapporteur que la médecine sociale occupe un champ immense encore mal délimité. La médecine légale poursuit exactement le but de la médecine sociale : toutes deux s'appuient sur l'organisation législative, toutes deux empruntent aux autres sciences les mêmes moyens d'investigation et d'action. La plupart des problèmes médico-sociaux n'ont leur solution que dans la pratique médico-légale. Par l'exemple du remarquable Institut qu'il dirige à Lille, l'orateur montre tous les bienfaits de la cohésion complète de la médecine sociale et de la médecine légale. Il conclut que ces deux enseignements doivent rester unis, à la fin des études médicales.

M. Mazel (de Lyon). — Les faits disparates de la médecine sociale ne sauraient constituer actuellement l'objet d'une chaire autonome. C'est le médecin-légiste qui, professionnellement, est le mieux au contact de la médecine sociale pratique.

M. Alexander (de Bruxelles) estime qu'il importe peu que l'enseignement de la médecine sociale soit rattaché à celui de la médecine légale ou à celui de l'hygiène, ou même soit autonome, pourvu qu'il soit donné.

M. Fribourg-Blanc (de Paris) cite l'exemple de l'enseignement en médecine militaire, où tout ce qui concerne la médecine sociale est inclus dans l'enseignement de la médecine légale.

M. Héger-Gilbert (de Bruxelles) montre que la criminologie, la déontologie, la physio-pathologie du travail sont inséparables de la médecine légale et que par ailleurs, les professeurs d'hygiène et de clinique sont pratiquement les mieux à même de rendre vivants et objectifs les divers aspects de la médecine sociale, qui les concernent respectivement.

Il ne faut pas, au surplus, surcharger la tâche déjà lourde des étudiants.

M. Gaussel (de Montpellier) se base sur la définition de Tourdes : « La médecine légale est l'application des connaissances médicales aux questions qui concernent les droits et les devoirs des hommes réunis en Société. » Il passe en revue les divers chapitres d'un enseignement de médecine sociale et constate, d'après les faits, que l'association de la médecine sociale et de la médecine légale dans un enseignement commun est absolument légitime tant qu'une chaire spéciale de médecine sociale n'aura pas été créée dans

©BIUM

les Facultés de Médecine. Il cite les Universités françaises où cette union est un fait acquis.

M. René SAND (de Bruxelles) se félicite de ce que tout le monde soit d'accord pour reconnaître la nécessité d'un enseignement obligatoire de médecine sociale. Il importe peu de décider en principe si ce cours doit être autonome ou quel professeur en sera chargé, pourvu qu'il soit confié à celui qui y aura été le mieux préparé.

COMMUNICATIONS

Suicide masqué, par M. LATTES (de Rome.)

Exposé d'un cas particulièrement typique où la victime volontaire se donna la mort dans un but de vengeance, et en préparant à ce point son acte que son décès faillit de peu être pris pour un crime. Il fallut une instruction judiciaire de dix-huit mois pour arriver à débrouiller cette affaire et conclure au non-lieu.

Quels sont les anormaux qui relèvent des sentences de défense sociale, par M. Louis VERVAECK (de Bruxelles).

Dans l'expertise mentale en matière répressive, le médecin ne peut se contenter de formuler un diagnostic psychiatrique théorique et conclure à l'irresponsabilité pénale exclusivement d'après l'état d'anomalie psychique de l'inculpé. L'expert doit établir, pour justifier une mesure d'internement, qu'il existe des relations étroites entre ses tares mentales et le crime ou le délit commis par lui.

Le délire de revendication sinistrosique par MM. T. VASILIU et J. STANESCO (de Bucarest).

Ces auteurs estiment que la loi des assurances sociales a beaucoup augmenté le cadre déjà vaste du délire systématisé progressif ; mais en dehors du caractère logique du délire et surtout la lucidité des paranoïaques, dans la psychogénèse du délire sinistrosique, il y a l'élément affectif, qui joue le rôle de première importance chez les traumatisés craniens au cours du travail, à systématiser les revendications. Il y a lieu d'attirer l'attention sur le facteur traumatique dans le développement de certaines psychoses considérées chez certains individus non dégénérés, comme constitutionnelles.

Le crime passionnel chez les traumatisés du crâne, par MM. MINOVICI et J. STANESCO (de Bucarest).

MM. Minovici et J. Stanesco exposent le cas d'un individu qui, deux ans auparavant de commettre son crime passionnel (de tuer l'amant de sa femme), a reçu dans la région frontale gauche un violent traumatisme, par coup de hache, qui lui a laissé une grosse perte de substance osseuse en lui intéressant profondément le lobe frontal gauche — c'est-à-dire le pôle préfrontal, « le domaine particulièrement en rapport avec l'activité psychique supérieure », d'après nombre d'auteurs.

En dehors de troubles nerveux ou mentaux, ayant en vue que le malade, semble être tout à fait sain d'esprit, on est certainement en face d'un

©BIUM

cas de réactions très tardives de traumatisme cranien, et on a l'occasion de supposer, au moins, que du moment de l'accident, jusqu'à l'apparition du désordre de l'esprit, il s'agit d'une période de latence, dans laquelle, malgré toute l'apparence de l'intégrité psychique, l'individu — tout à fait irresponsable — a été poussé à son crime passionnel par un déterminisme pathologique.

Un cas de paralysie générale traumatique,
par MM. Marcel HÉGER et P. VERVAECK (de Bruxelles).

Ethéromanie et simulation, par M. Paul VERVAECK (de Bruxelles).

FRIBOURG-BLANC.

Groupement Belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

---

Réunion extraordinaire du 23 septembre 1935,
tenue à l'occasion du Xe anniversaire de la Société

Présidence : M. CHEVAL, président.

A la demande du Comité organisateur de la « Societas O.R.L. latina », réunie à Bruxelles, le groupement belge oto-neuro-ophtalmologique et neuro-chirurgical a tenu cette séance le 23 septembre, de façon à permettre aux nombreux et distingués confrères venus de l'étranger d'y assister. Le thème général de cette réunion était les « **Tumeurs cérébrales** ».

En ouvrant la séance, le Dr V. CHEVAL fait l'éloge funèbre de la Reine Astrid et demande à l'assemblée de se recueillir quelques minutes ; les Professeurs COLLET (de Lyon), BARRÉ (de Strasbourg) et le Dr OLJENICK (d'Amsterdam) s'associent à cet hommage.

Ensuite, le Dr L. VAN BOGAERT, *Secrétaire,* fait l'historique de l'activité du groupement belge oto-neuro-ophtalmologique et neuro-chirurgical, qui compte dix années d'existence. Il met en vedette la valeur des travaux et rapports présentés aux séances pendant cette décade ; il émet le vœu de voir, dans l'avenir, la collaboration entre les divers groupes de chercheurs devenir encore plus intime et se situer, non dans le plan des techniques propres à chaque discipline, mais dans celui de la pathologie générale ; c'est ainsi qu'ils s'entendront le mieux et pourront travailler à défricher les zones « frontières » de leurs spécialités respectives.

©BIUM

A propos du rapport entre traumatisme cérébral et gliome,
par M. RADERMECKER (d'Anvers).

Cette question, toujours actuelle et importante surtout à cause de son intérêt social, est loin d'être résolue. Alors que certains auteurs, tel que Beneke, déclarent que, dans 40 0/0 des cas, les tumeurs cérébrales sont la conséquence de traumas craniens, d'autres, comme Cushing, certifient que le traumatisme ne joue jamais qu'un rôle secondaire.

Les critères sur lesquels se basent les experts dans ce domaine n'ont rien de précis, d'où la difficulté des expertises de ce genre.

L'auteur donne une relation détaillée du cas d'un ancien traumatisé du crâne, qui ne présenta rien d'anormal pendant 18 ans. A ce moment, il fait quelques crises jacksoniennes, qui progressivement s'accompagnent de tous les signes de tumeur cérébrale amenant l'exitus en 2 ans 1/2. L'existence de deux tumeurs cérébrales (glioblastomes multiformes), sans rapports anatomiques directs avec la lésion traumatique, l'intervalle de 18 ans entre les deux processus, rendent l'appréciation du cas difficile. Il est à noter que contrairement aux observations de Globus, Strauss et Selinsky, les lésions de sclérose tubéreuse étaient ici absentes.

Le problème des gliomes multiples, par M. H.-J. SCHERER (d'Anvers).

Les gliomes multiples passent pour être rares ; certains auteurs cependant ne les tiennent pas pour exceptionnels ; cette divergence peut tenir au fait que certains basent leur statistique sur le résultat d'interventions chirurgicales et d'autres sur les données plus positives de l'autopsie.

Sur 70 autopsies de gliomes, l'auteur a relevé 5 cas de gliomes multiples. Au point de vue pathogénique, ces cas sont intéressants ; il faut se demander en effet s'il s'agit de métastases d'une tumeur unique primitive ou si ces tumeurs sont à l'origine multiples, donc indépendantes les unes des autres.

Exposé anatomo-clinique des 5 cas :

L'auteur met en lumière l'intérêt de ces cas ; les cliniciens devraient penser plus souvent à ce diagnostic de tumeur multiple lorsqu'ils ont la certitude de l'existence d'une tumeur cérébrale et que les symptômes ne permettent pas de conclure à une localisation déterminée.

Les critères anatomo-pathologiques n'apportent pas encore de certitudes suffisantes en la matière. Mais, en somme, la possibilité de la formation métastatique des gliomes multiples n'est pas exclue.

Les tumeurs rétiniennes de type cérébral,
par M. Ch. DEJEAN (de Montpellier).

Au point de vue embryologique, la rétine est un îlot de substance cérébrale logé dans le globe oculaire. Il est donc naturel d'y trouver toutes les variétés de tumeurs cérébrales.

Pourtant, on ne décrit d'habitude qu'un seul genre de tumeur rétinienne : le « gliome » des jeunes enfants, tumeur maligne, cliniquement et anatomiquement différente des gliomes cérébraux.

L'auteur montre, en s'aidant d'une iconographie particulièrement riche,

©BIUM

que la rétine peut donner naissance à toutes les variétés de tumeurs encéphaliques : glioses, gliomes vrais, épendymomes, neurospongiomes, neuro-épithéliomes, et dans la portion (nerf optique), engainée par les méninges, méningiomes.

La rétine n'est donc pas dans ses productions néoplasiques, si différente du névraxe qu'on l'a cru jusqu'à ce jour.

Syphilis cérébrale et Gliome,
par MM. J. DE BUSSCHER (de Gand) et H.-J. SCHERER (d'Anvers).

Il importe que les praticiens sachent que, même si un protocole d'analyse signale une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, ils ne peuvent se contenter d'instituer un traitement spécifique ; en effet, les gommes syphilitiques cérébrales sont bien rares aujourd'hui ; ce qui est beaucoup plus fréquent, c'est l'association syphilis et tumeur. Les auteurs illustrent cet enseignement de l'exemple suivant : il s'agit d'un homme de 45 ans, chez lequel l'atteinte du névraxe par la syphilis ne faisait pas de doute, mais en outre l'histoire clinique, la papille de stase, les troubles psychiques, aphasiques et moteurs imposaient le diagnostic de tumeur cérébrale (hémisphère gauche).

L'autopsie démontre la présence d'une masse tumorale volumineuse dans les zones médianes du lobe temporo-occipital gauche (glioblastome multiforme). L'étude anatomique détaillée a démontré la présence simultanée d'une méningite syphilitique.

La coexistence syphilis-tumeur est donc bien une réalité clinique.

Que faut-il penser des réactions de Bordet-Wassermann déclarées positives dans le liquide céphalo-rachidien en dehors de la syphilis, et en particulier dans les cas de tumeurs du névraxe ? par M. J. DESNEUX (de Bruxelles).

Rizzo en 1924, Desneux en 1927, ont montré que ces réactions non spécifiques peuvent être évitées.

Si dans la pratique l'on ne saurait mettre trop en garde contre l'interprétation abusive de ces réactions de Bordet-Wassermann données comme positives dans le liquide céphalo-rachidien, il faut savoir que le chauffage préalable du liquide à 56° et l'utilisation d'un antigène du type Noguchi mettent à l'abri de ces incidents.

Une réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée sur le liquide céphalo-rachidien, ne pourra être déclarée positive — autrement dit considérée comme une signature de la syphilis — que si ces précautions essentielles ont été prises.

Les encéphalites pseudo-tumorales, par M. J. DEREUX (de Lille).

L'auteur considère un aspect particulier de cette question complexe : le diagnostic différentiel des encéphalites pseudo-tumorales d'avec les tumeurs.

Les signes qui permettent ce diagnostic peuvent être groupés en signes locaux, signes généraux, signes hypertensifs, signes radiologiques et ventriculographiques.

©BIUM

Deux cas de tumeur de la couche optique à symptomatologie cérébelleuse, par M. A. De Haene (de Bruges).

Relation de deux cas de tumeur cérébrale dans lesquels l'existence d'un léger hémisyndrome cérébelleux a amené à intervenir sur le cervelet. Chaque fois l'intervention fut infructueuse et l'autopsie mit en évidence une vaste tumeur de la couche optique. Dans aucun des cas il n'y avait de troubles objectifs de la sensibilité. La ventriculographie (pratiquée dans le 2e cas), loin d'éclairer le diagnostic, avait contribué à l'orienter davantage vers le cervelet.

Métastase cranienne, solitaire et à évolution rapide d'un épinéphrome, par M. J. De Busscher (de Gand).

Une femme de 64 ans, porteuse de plusieurs kystes sébacés du cuir chevelu, s'est aperçue il y a 2 mois qu'elle a une nouvelle tumeur dans la région occipitale, mais celle-ci, à croissance rapide, devient douloureuse ; elle est chaude, pulsatile, adhérente aux plans profonds. Céphalée frontale droite, hypoacausie à droite, légère incoordination des mouvements de la main gauche, avec très légère hypotonie ; papille de stase nette à gauche, avec hémorragie rétinienne.

La radiographie montre une perte de substance arrondie à la partie postéro-inférieure du pariétal droit. Le diagnostic clinique est : ostéo-sarcome. L'examen histologique conclut au diagnostic d'épinéphrome, diagnostic confirmé ultérieurement par l'autopsie ; ces tumeurs donnent généralement des métastases multiples ; ici il s'agit d'une métastase unique d'une tumeur cliniquement silencieuse.

Tumeurs cérébrales à symptomatologie d'abcès du cerveau, par M. Van Gehuchten (de Louvain).

Certains cas de tumeur cérébrale évoluent avec des symptômes infectieux qui font faire un diagnostic erroné d'abcès ou d'encéphalite. Parmi les signes d'infection, le plus fréquent est la lymphocytose rachidienne, mais on peut rencontrer aussi des réactions fébriles et de la leucocytose sanguine. L'auteur apporte une observation de tumeur cérébrale où les réactions du sang et du liquide céphalo-rachidien ont conduit au diagnostic d'abcès du lobe frontal.

Il s'agissait d'un glioblastome polymorphe à localisations multiples, ayant envahi la paroi des ventricules latéraux.

L'auteur attribue la fièvre et la leucocytose sanguine aux réactions inflammatoires dues à la nécrose tumorale, et la pleiocytose rachidienne à l'envahissement ventriculaire.

Il termine son exposé par la relation d'un cas d'abcès qui, au cours de son évolution, a fait songer à une tumeur kystique. Il insiste sur la difficulté du diagnostic différentiel.

Sarcomatose réticulaire des méninges, par MM. P. Borremans (d'Anvers) et R. Ley (de Bruxelles).

L'observation concerne un homme de 49 ans, syphilitique avéré, qui s'est infecté pendant la guerre et dont les quatre enfants sont tous morts en bas âge.

©BIUM

L'affection débute en 1924 par des signes psychiques : affaiblissement mental, idées de grandeur et de persécution, hyperactivité désordonnée, excitation ; à cette époque, l'examen montre une anisocorie, une réaction pupillaire très paresseuse, une dysarthrie manifeste, du tremblement de la langue et des lèvres, un Romberg positif.

L'examen du fond de l'œil est négatif ; pas de vomissements. La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est fortement positive. Il en est de même dans le liquide céphalo-rachidien, qui renferme 6 cellules par mm³ ; albumine, 1 gr. 50. Le diagnostic de paralysie générale s'imposait, et on institue un traitement ; le malade s'améliore, est perdu de vue pendant 2 ans puis revient dans un état grave : obnubilé, ne parle plus spontanément, vision presque complètement abolie ; ictus courts mais très fréquents ; une nouvelle ponction lombaire montre un Bordet-Wassermann toujours positif. Le malade est malarisé, supporte bien le traitement et s'améliore à nouveau.

Mais une nouvelle aggravation survient : cécité quasi-totale, perte de l'ouïe, de l'odorat ; légère parésie faciale inférieure gauche, céphalée, somnolence, vomissements. Une nouvelle amélioration survient encore ; mais 3 ans environ après le début des symptômes, le malade succombe au cours d'un ictus épileptoïde. Une 3e ponction lombaire avait donné : Bordet-Wassermann négatif ; albumine, 2 gr. ; 6 éléments par mm³. Les constatations cliniques et les examens permettaient de soupçonner un processus basilaire spécifique. L'autopsie fit découvrir une tumeur à la base du lobe temporal droit ; histologiquement, il s'agit d'une tumeur maligne, à structure réticulaire, et dont l'origine méningée semble évidente.

Méningiomatose diffuse cérébro spinale à évolution rapide,
par MM. L. Van Bogaert (d'Anvers) et P. Martin (de Bruxelles).

Observation concernant un jeune homme de 21 ans ; l'affection débute par des douleurs dans la jambe gauche, puis dans la région périnéoscrotale, avec mictions impérieuses ; 15 mois plus tard, à la suite d'une marche prolongée, les douleurs reprennent et sont accompagnées de parésie du membre inférieur gauche ; incontinence passagère des sphincters ; on porte à ce moment le diagnostic de sclérose en plaques (à l'hôpital militaire) et on le licencie ; six mois après, le malade ressent brusquement des douleurs dans l'hémiface gauche, l'arrière-gorge, l'orbite ; troubles transitoires de la parole ; un mois après, nouvelle poussée de douleurs ; la main droite est parésiée et présente de notables troubles sensitifs ; puis surviennent des céphalées accompagnées de vertiges, et des douleurs irradiantes dans le cou, la nuque. Cette poussée évolutive en impose de nouveau pour de la sclérose en plaques. Ensuite apparaissent des vomissements, des troubles de la marche, des troubles visuels intenses, des douleurs terribles, nocturnes et diurnes.

Examen neurologique : Parésie du membre supérieur gauche ; main droite œdématiée et cyanosée ; membre inférieur droit rigide ; membre inférieur gauche atonique ; légère atteinte du facial gauche ; Babinski et clonus du pied bilatéral ; stase papillaire bilatérale.

Le diagnostic était délicat ; on pouvait penser à une tumeur de la ligne médiane ou à un kyste cérébelleux avec prédominance des lésions à droite ; mais la chronologie des symptômes pouvait faire penser que le processus intra-cranien n'était que l'extension d'un processus rachidien.

Intervention chirurgicale : Laminectomie cervicale haute. La moelle est complètement entourée par une gaine gélatineuse, dont on prélève quelques fragments pour examen histologique. Quatre jours après l'intervention, le malade fait une crise d'hyperthermie et meurt. A l'autopsie, on retrouve la substance gélatineuse en coulées en taches de bougie sur le lobe cérébelleux inférieur droit, l'espace pontocérébelleux, la partie latéro-bulbaire du pont et du bulbe ; à la face inférieure, elle engaine le tronc basilaire et s'étend sur toute la face antérieure du tronc cérébral ; le chiasma et la région tubérienne sont également entrepris. Histologiquement, la tumeur est constituée par un réticulum à larges mailles ; son tissu est très vascularisé ; l'appellation de méningiomatose diffuse cérébro-spinale paraît lui convenir exactement. Les auteurs attirent l'attention sur l'allure subaiguë de l'affection, son évolution par étapes, le caractère transitoire des troubles, l'intensité des douleurs.

Syndrome tumoral avec hyperthermie et troubles viscéraux par méningoencéphalite tuberculeuse basilaire, par MM. P. MARTIN (de Bruxelles) et L. Van BOGAERT (d'Anvers).

Femme de 32 ans, souffrant depuis plus de dix ans de migraines et de céphalées. A subi plusieurs interventions chirurgicales qui n'ont pas modifié son état. Une ponction lombaire faite en juin 33 ramène un liquide céphalo-rachidien normal. En novembre 33, les douleurs deviennent atroces et la malade présente de temps en temps une élévation de température allant jusqu'à 42°4, le pouls restant à 70 ou 80 ; vomissements, hémoculture négative ; examen neurologique négatif. Un peu plus tard, l'examen oculaire montre un début de stase papillaire à droite, et à gauche un engorgement des veines. On conclut à l'existence d'une tumeur du 3e ou du 4e ventricule. La ventriculographie ne montre qu'un léger degré d'hydrocéphalie interne ; une décompressive sous-temporale n'amène aucune sédation des douleurs et détermine l'apparition d'une hyperthermie à laquelle la malade succombe.

L'autopsie fait découvrir un processus méningé infiltrant la base cérébrale, processus chronique engainant le chiasma, les corps mamillaires, l'infundibulum jusqu'au lobe postérieur de l'hypophyse. Histologiquement, il s'agit d'une arachnoïdite tuberculeuse à tendance scléro-gommeuse, avec choroïdite de la même nature.

Les auteurs font ensuite une discussion détaillée de la valeur du cas observé au point de vue physio-pathologique.

J. LEY.

©BIUM

IIe Congrès Neurologique International

Londres (29 juillet-2 août 1935)

Président : M. GORDON-HOLMES (de Londres).

Le *deuxième Congrès Neurologique International* s'est tenu à *Londres,* à l'occasion du centenaire de la naissance d'HUGHLINGS JACKSON, sous la présidence de M. GORDON HOLMES. Les vice-présidents étaient MM. les professeurs O. MARBURG (Vienne), H. CLAUDE (Paris), O. FOERSTER (Breslau) et B. BROUWER (Amsterdam). M. KINNIER WILSON assumait la charge de secrétaire général, assisté de MM. Mc. D. CRITCHLEY et E. A. CARMICHAEL.

Quatre questions avaient été mises à l'ordre du jour : 1° *les épilepsies* (étiologie, pathogénie et traitement) ; 2° *le liquide céphalo-rachidien* (physiologie et pathologie) ; 3° *les fonctions du lobe frontal ;* 4° *l'hypothalamus et la représentation centrale du système nerveux autonome.*

PREMIÈRE QUESTION

Président : M. le Professeur O. MARBURG (de Vienne)

LES ÉPILEPSIES.

Rapports

Etiologie générale de l'épilepsie commune,
par M. le Prof. J. ABADIE (de Bordeaux).

La croyance en une épilepsie « essentielle » ne peut plus être acceptée aujourd'hui : l'épilepsie n'est pas une maladie, mais seulement un syndrome anatomo-clinique qui est toujours sous la dépendance de lésions encéphaliques, de nature et d'origine variables.

Au point de vue étiologique, les facteurs lésionnels les plus souvent invoqués sont les traumatismes obstétricaux, les traumatismes cranio-cérébraux de l'enfance et les toxi-infections infantiles (principalement l'hérédo-syphilis).

Etiologie spéciale de l'épilepsie, par M. le Prof. V. BUSCAINO (de Catane).

Les causes des accès convulsifs de type épileptique peuvent être distinguées en quatre groupes fondamentaux : causes prédisposantes, causes pré-

©BIUM

parantes, causes facilitantes et causes déchaînantes. Celles-ci déclanchent l'accès par un mécanisme physico-chimique qui se révèle par un violent déséquilibre hydro-salin, caractérisé essentiellement par la surcharge d'eau dans le tissu nerveux.

Physio-pathologie de l'épilepsie, par M. W.-J. LENNOX (de Boston).

L'auteur rapporte le résultat de ses études sur l'existence d'une relation entre le problème de l'équilibre acide-base, les rapports oxygène-sang et les crises. Les variations physiologiques anormales du degré d'alcalose, les états d'anémie cérébrale généralisée ou d'anoxémie ne constituent pas une cause habituelle d'épilepsie ; mais cependant chez les sujets atteints de petit mal, ils peuvent modifier le seuil à partir duquel la crise se produit et précipiter les accès. Les crises de petit mal sont associées à des altérations de l'activité électrique du cerveau : les oscillations habituellement courtes et rapides sont remplacées par de grandes et larges fluctuations de potentiel. L'alcalose, l'anoxémie et l'anémie produisant une variation analogue de l'activité électrique, agissent probablement en déclenchant le mécanisme des crises épileptiques.

Mécanisme physico-chimique de la réactivité convulsive (mesure de la perméabilité), par M. le Prof. E. SPIEGEL et Mme le Prof. SPIEGEL-ADOLF (de Philadelphie).

En raison du grand nombre de facteurs susceptibles de provoquer des convulsions, il semble qu'il doive exister un mécanisme commun, fondamental, susceptible d'agir sur les cellules nerveuses, mécanisme de nature probablement physico-chimique.

L'excitation serait due à des altérations de concentration ionique autour des membranes cellulaires semi-perméables, et ces altérations de concentration agiraient en augmentant la perméabilité cellulaire. Les facteurs susceptibles de faciliter cette augmentation de la perméabilité augmenteraient également l'excitabilité.

Les auteurs ont pu étudier expérimentalement l'influence de divers facteurs épileptogènes sur la perméabilité à l'aide d'une méthode indirecte basée sur la conductivité du cerveau par des courants électriques alternants, de haute et basse fréquence.

D'après leurs expériences, il faut distinguer deux mécanismes physico-chimiques de l'action des facteurs épileptogènes, pouvant entrer en combinaison : 1° production d'une altération de concentration ionique sur les surfaces semi-perméables de cellules nerveuses ; 2° diminution de la densité des surfaces cellulaires, ce qui facilite l'augmentation de la perméabilité.

Le problème de réactivité convulsive constitue donc seulement une partie du problème plus général de relation entre excitabilité et perméabilité des surfaces cellulaires.

Métabolisme et épilepsie, par M. F. FRISCH (de Vienne).

L'auteur analyse le rôle pathogénique joué par le métabolisme des protides, des lipides, des glucides, des sels, des acides et des bases. En ce qui

©BIUM

concerne les albumines sanguines, il établit l'existence, dans la période précédant la crise convulsive, d'une augmentation de la quantité totale d'albumine, d'une augmentation des sérines par rapport aux globulines et d'un ralentissement de la vitesse de sédimentation. Au contraire, des phénomènes inverses apparaissent au cours de certains états de désassimilation et de désintégration cellulaire, caractérisés chez les épileptiques par la disparition des crises.

Le rôle du système nerveux végétatif dans la pathogenèse de l'épilepsie
par M. le Prof. K. ORZECHOWSKI (de Varsovie).

La cause immédiate de l'épilepsie essentielle est un spasme vasculaire. Les méninges molles par suite d'une structure spéciale, interrompraient en certains endroits la circulation du liquide céphalo-rachidien : la stase qui en résulte provoquerait l'irritabilité anormale des filets nerveux vaso-moteurs. En résumé, le substratum organique de l'épilepsie serait le complexe pie-mère-arachnoïde-nerf vaso-moteur-vaisseau.

Anatomie pathologique de l'épilepsie,
par M. le Prof. M. MINKOWSKI (de Zurich).

L'auteur passe en revue les diverses altérations, aigues ou chroniques, du parenchyme nerveux, de la névroglie, des plexus choroïdes, de l'épendyme, des méninges, des vaisseaux cérébraux et des organes internes. De toutes les altérations chroniques observées chez des épileptiques, aucune n'est suffisamment caractéristique, constante ou spécifique pour expliquer le déclanchement des crises épileptiques ou leur nature.

Le traitement médicamenteux des états épileptiques,
par M. A. ULRICH (de Zurich).

Thérapeutique par le brome, basée sur la connaissance de l'antagonisme entre ce corps et le chlore de l'organisme.

Les épilepsies : thérapeutique chirurgicale,
par M. le Prof. PENFIELD (de Montréal).

La thérapeutique chirurgicale des épilepsies exige une étude préliminaire rigoureuse des symptômes mêmes et une recherche étiologique minutieuse ; l'essentiel étant de dépister l'existence d'une lésion cérébrale importante et l'efficacité possible d'une intervention.

Radiothérapie de l'épilepsie, par M. M. SGALITZER (de Vienne).

Les cas d'épilepsie traumatique et ceux qui s'accompagnent d'hydrocéphalie sont ceux où la radiothérapie, par son action hypotensive, est la plus efficace.

Traitement hospitalier et traitement général,
par M. L.-J.-J. MUSKENS (d'Amsterdam).

©BIUM

COMMUNICATIONS

Epilepsie familiale chez l'adulte et hérédité, par M. M. GOLDSTEIN (de Bucarest).

L'importance du facteur héréditaire dans l'épilepsie (examen de 258 couples de jumeaux), par M. K. CONRAD (de Munich).

Etiologie des épilepsies infantiles, par MM. G. HEUYER, N. NICOLAS et Mlle C. VOGT (de Paris).

L'épilepsie par rapport au traumatisme du crâne, par M. M. BIRO (de Varsovie).

Quelques observations sur l'épilepsie masquée et la simulation de l'épilepsie traumatique par tumeur cérébrale, par M. L. R. YEALLAND (de Londres).

L'épilepsie post-encéphalitique, par M. R. CRUCHET (de Bordeaux).

Epilepsie et tumeur cérébrale, par M. T. DE LEHOSZKY (de Budapest).

Epilepsie par calcification cérébrale, par M. J. FERRAZ ALVIM (de São-Paulo).

Le test de Rorschach dans les épilepsies traumatiques et les encéphaloses, par M. E. OBERHOLZER (de Zurich).

Malaria épileptogène, par M. L. ZANON DEL BO (de Trévise).

Variations saisonnières dans les accès épileptiques, par M. G. G. MONRAD-KROHN (d'Oslo).

Rapport des crises épileptiques avec les influences atmosphériques et saisonnières, par M. M. MEYER (de Francfort-sur-Main).

Contributions à l'étude pathogénique des épilepsies, par MM. C. BONCIU et I. STANESCO (de Bucarest).

Epilepsie et glandes endocrines, par M. V. LONGO (de Catane).

La pathogénie de l'épilepsie, par M. E. K. SEPP (de Moscou).

Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'épilepsie, par M. N. I. PROPPER (de Moscou).

Recherches bio-chimiques sur le sang des épileptiques, par M. M. C. I. PARHON et Mlle G. WERNER (de Bucarest).

Respiration dans l'air confiné, respiration d'oxygène pur et manifestations convulsives chez des épileptiques, par M. A. BERTOLANI (de Reggio Emilia).

Epilepsie réflexe provoquée par excitations optiques et acoustiques. Rôle du facteur afférent dans le déclenchement de l'accès, par MM. A. RADOVICI et I. MARCOU (de Bucarest).

L'état du stroma parenchymateux du système nerveux central et de l'ectoglie au cours de différentes formes de l'épilepsie, par M. V. K. BELEZKY (de Moscou).

Sinus carotidien et épilepsie, par MM. G. MARINESCO et A. KREINDLER (de Bucarest).

La mydriase épileptique, par M. I. MINOR (de Moscou).

De la disparition du réflexe articulaire fondamental au cours de la crise épileptique et de sa valeur diagnostique, par M. G. STIEFLER (de Linz).

Dissociation de l'excitation corticale de l'inhibition corticale par lésion pyramidale ; conduction extrapyramidale de l'épilepsie, par Mme Sarah S. TOWER (de Baltimore).

Convulsions musculaires toniques et cloniques, par M. K. M. WALTHARD (de Genève).

Manifestations bio-électriques de l'épilepsie réflexe, par M. M. GOZZANO (de Naples).

©BIUM

Etude électro-biologique de l'épilepsie, par M. A. E. KORNMÜLLER (de Berlin).
Les données de la radiographie chez les épileptiques, par M. A. SCHÜLLER (de Vienne).
Signification et valeur des signes radiologiques dans les épilepsies, par MM. K. HENNER et J. BASTECKY (de Prague).
Le repérage ventriculaire dans l'épilepsie, par MM. D. PAULIAN et S. SFINTESCO (de Bucarest).
Etude relative à la survenue des crises chez des malades hommes dans plusieurs institutions aux Etats-Unis, par Mme T. WHEELER (de Chicago).
Le synergisme pharmacodynamique comme critère de la thérapeutique antiépileptique et ses fondements anatomo-physiologiques, par M. L. BIANCHINI (de Salerne).
Contribution à l'étude clinique des différentes formes d'épilepsie.
Thérapeutique de l'épilepsie convulsive, par M. D. PISANI (de Rome).
Physiothérapie de l'épilepsie, par M. BRÜNNER-ORNSTEIN (de Vienne).
Epilepsie et abstinence, par M. A. M. MEERLOO (de La Haye).
Contribution à l'étude de la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie, par MM. B. RODRIGUEZ-ARIAS, E. TOLOSA et M. CORACHAN-LLORT (de Barcelone).
Ablation du corpuscule carotidien, section du nerf carotidien et de l'artère carotide externe dans le traitement de l'épilepsie essentielle, par M. E. LAUWERS (de Courtrai).
Résection sous-piale des centres moteurs pour épilepsie locale, par M. S. SACHS (de Saint-Louis).
Premiers résultats du traitement de diverses formes d'épilepsie par l'injection d'air dans les espaces sous-dure-mériens, par M. Y. DELAGENIÈRE (du Mans).
Traitement de l'épilepsie par les procédés de contraste, par M. H. URBAN (de Vienne).
De la capacité de travail des épileptiques, par M. T. O. GILULA (de Kiew).
Excitabilité de la sphère corticale gustative du chien et épilepsie réflexe en réponse à des stimuli gustatifs, par M. M. A. CLEMENTI (de Catane).
Epilepsie expérimentale : rôle des parasites cutanés, par MM. Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et LAPLANE (de Paris).

DEUXIÈME QUESTION

Président : M. le Prof. O. FOERSTER (de Breslau)

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Rapports

De quelques caractères anatomiques et physiologiques des méninges et du liquide céphalo-rachidien, par M. le Prof. L.-H. WEED (de Baltimore).

Après avoir discuté l'origine des trois méninges en se basant sur les constatations faites chez des embryons de mammifères et sur les transplantations expérimentales dans les espèces amphibies, l'auteur décrit longuement la circulation du liquide céphalo-rachidien dans les ventricules et les espaces sous-arachnoïdaux.

©BIUM

Anatomie et physiologie de la circulation du liquide céphalo-rachidien, par M. le Prof. C. SCHALTENBRAND (de Würzbourg).

Etude embryologique et anatomique des plexus choroïdes, de la leptoméninge, des espaces de Virchow-Robin et des villosités arachnoïdiennes et participation de ces organes à la circulation du liquide céphalo-rachidien. Explication des rapports entre la pression veineuse et artérielle, entre ceux du liquide et de la tension en oxygène. L'auteur rappelle le rôle des échanges osmotiques, celui de la diffusion sur la circulation du liquide et le fonctionnement des citernes.

Physio-pathologie de la pression intracranienne, de la production et résorption du liquide céphalo-rachidien, par M. le Prof. M.-M. RISER (de Toulouse).

La pression du liquide céphalo-rachidien, mesure globale dont la valeur séméiologique est incontestable, est la résultante de facteurs nombreux : rigidité de la boîte cranio-vertébrale, incompressibilité du tissu nerveux et des méninges, quantité totale de liquide céphalo-rachidien, quantité de sang circulant dans la boîte cranio-vertébrale, développement intracranien d'une lésion. En clinique, la détermination de la pression du liquide prend le plus de sens quand, en même temps, on recherche les pressions artérielles (générale et rétinienne) et veineuse. D'autre part, l'étude de la perméabilité méningée à l'égard de certaines substances peut fournir des indications utiles.

Directives thérapeutiques dans les troubles de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien, par M. H. CAIRNS (de Londres).

Le rapporteur envisage les différentes formes d'hydrocéphalie, méningites séreuses et œdème cérébral, ainsi que certains états d'hypotension intracranienne susceptibles d'être produits par un trouble de sécrétion du liquide céphalo-rachidien. La thérapeutique de ces états consiste dans le traitement postural, les injections intraveineuses, le drainage par ponction lombaire ou par intervention chirurgicale. Les troubles de la résorption et de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien peuvent être consécutifs à l'ablation de tumeurs cérébrales. La discussion de semblables cas peut donc donner des indications précieuses quant au traitement même de ces néoformations ; elle projette aussi quelque lumière sur ces mêmes désordres de la sécrétion et de la résorption produits par des processus morbides.

Le problème physico-chimique de l'excrétion et de la réabsortion du liquide céphalo-rachidien, par M. le Prof. F. GEORGI (d'Yverdon).

Les données physiques, physico-chimiques, colloïdales, hormonales, celles fournies par l'étude des ferments et substances immunisantes sont trop imprécises pour éclairer nos connaissances sur le comportement du liquide céphalo-rachidien. Par contre, l'étude des ions nous incite à considérer le liquide céphalo-rachidien comme le produit, non d'une simple dialyse, mais plutôt d'une osmose.

©BIUM

COMMUNICATIONS

Les rapports entre le fonctionnement de la barrière hématoencéphalique et l'activité du système nerveux central, par Mme L. STERN (de Moscou).

Valeur de l'examen du liquide cérébro-spinal dans les tumeurs cérébrales et les méningites séreuses, par M. E. MÉDÉA (de Milan).

Contributions au diagnostic différentiel des méningites vraies et des réactions méningées secondaires par le liquide céphalo-rachidien, par M. R. MEYER (de Strasbourg).

Hydrocéphalie inflammatoire subaiguë et chronique, par MM. N. DOTT et E. LEVIN (d'Edimbourg).

Bacillose du sang et du liquide céphalo-rachidien au cours des affections du système nerveux central, par M. E. LÖWENSTEIN (de Vienne).

Liquide cérébro-spinal et symptômes pupillaires ; recherches expérimentales sur le diagnostic précoce de lésions syphilitiques des centres nerveux, par M. O. LÖWENSTEIN (de Nyon).

Les modifications du liquide céphalo-rachidien au cours des poly-radiculonévrites infectieuses primitives, par MM. St. DRAGANESCO et E. FAÇON (de Bucarest).

Considérations sur l'éosinophilie du liquide céphalo-rachidien, par M. O. LANGE (de São-Paulo).

Recherches expérimentales sur l'origine des cellules éosinophiles du liquide céphalo-rachidien, par MM. J. ROTHFELD et A. TRAWINSKI (de Lemberg).

L'acide lactique dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, par M. S. B. WORTIS et Mlle F. MARSH (de New-York).

Sur le comportement de l'azote et des albumines dans le liquide céphalo-rachidien, par Mme F. HALPERN (de Shangaï).

Signification clinique de l'albuminorachie, par M. V. KAFKA (de Hambourg).

Une nouvelle méthode d'analyse quantitative de l'albumine totale : globulines et albumines du liquide céphalo-rachidien, concentrations de liquide recueilli successivement au cours d'une ou de plusieurs ponctions lombaires, détermination de la valeur normale de l'albuminorachie, par M. S. IZIKOWITZ (de Stockholm).

Mécanisme et signification clinique de la réaction de Weichbrodt, par M. A. CERQUEIRA LUZ (de Rio-de-Janeiro).

Valeur diagnostique de la formation des cristaux dans le liquide céphalo-rachidien, par M. K. ZEINER-HENRIKSEN (d'Oslo).

Etudes manométriques du liquide céphalo-rachidien, par MM. K. MATHON et J. VINAR (de Prague).

Influence des rayons X sur le liquide céphalo-rachidien, par M. DE THURZO (de Debrecen).

Les applications de l'enregistrement actino-électrique au diagnostic cervologique (détermination d'albumine, de la cholestérine et du brome à l'aide de cellules), par M. F. D. ROEDER (de Göttingen).

Un nouveau syndrome de compression médullaire. Dissociation albuminique sous-occipito-lombaire, par M. H. JESSEN (de).

Un nouveau symptôme significatif dans la ponction sous-occipitale, par M. A. ORBAN (de Budapest).

Le liquide céphalo-rachidien, lombaire et sous-occipital du singe à l'état normal et pathologique, par M. P. MOLLARET (de Paris).

©BIUM

TROISIÈME QUESTION

Président : M. le Prof. H. CLAUDE (de Paris).

LES FONCTIONS DU LOBE FRONTAL

Rapports

Etude critique de l'ataxie frontale, par M. le Prof. J.-A. BARRÉ (de Strasbourg).

L'ataxie « frontale » décrite par Bruns en 1892 n'est pas spécifique des lésions des lobes frontaux ; on peut la rencontrer aussi dans les tumeurs pariétales, temporales, du 3e ventricule et de la fosse postérieure. Moins fréquente que ne le disait Bruns et rarement précoce, l'ataxie frontale n'a en aucune manière les caractères des troubles du mouvement qu'il est classique aujourd'hui de rapporter au cervelet.

Après avoir précisé le degré de la rétropulsion ou de la rétrolatéropulsion, l'auteur décrit l'antéropulsion et les crises de dérobement des membres inférieurs qui sont rares, mais précoces. Tous ces troubles de l'équilibre s'expliquent à son avis par la pression qu'exercent les tumeurs des pôles frontaux, des lobes temporaux ou pariétaux sur le noyau rouge et les segments les plus élevés des voies centrales de l'appareil de l'équilibration.

Lobe frontal et équilibre, par M. le Prof. P. DELMAS-MARSALET (de Bordeaux).

Pour aborder l'étude des fonctions frontales de coordination, il convient de ne pas raisonner comme on le fait pour la fonction motrice volontaire qui s'accommode assez bien des notions de déficit ou d'excitation ; la coordination frontale se situe sur un autre plan fonctionnel ; les symptômes qui en traduisent l'atteinte ne sont pas seulement fonction du déficit de la partie lésée, mais de l'état fonctionnel des parties normales. A côté de la théorie classique que l'on peut appeler « théorie de la partie manquante », il y a place pour une autre conception qui devient la « théorie de la partie restante » et dont les conséquences sont particulièrement intéressantes. Le rapporteur envisage le problème des rapports entre lobe frontal et équilibre au triple point de vue expérimental, clinique et anatomique. Au point de vue clinique, il met en évidence les troubles de quatre éléments fondamentaux : élément cérébelleux, élément labyrinthique, élément praxique et élément gnosique.

Les relations entre les lobes frontaux et les fonctions psychiques, par M. K. GOLDSTEIN (de New-York).

L'auteur considère comme indiscutable que les lésions frontales, surtout du côté gauche, s'associent à des symptômes psychiques. L'étude de cette question est compliquée par deux facteurs : 1° difficulté d'établir le siège et l'étendue des lésions, les troubles psychiques ne s'observant que dans les lésions extensives, bilatérales, ou n'intéressant que la partie antérieure du lobe frontal ; 2° insuffisance des moyens d'étude des fonctions psychiques. On ne doit pas limiter les troubles psychiques à l'étude d'une fonction, telle que mémoire, attention, raisonnement, émotion ou volonté. Certains malades, en effet, ne présentent ces troubles que dans des condi-

©BIUM

tions d'épreuve particulières, alors que la fonction incriminée est normale dans d'autres conditions. Le trouble du comportement n'apparaît que lorsqu'une situation d'épreuve met en jeu le mécanisme incriminé. Le malade, qui paraît normal dans une épreuve simple, est déficient dès qu'un mécanisme psychique plus complexe doit être mis en jeu, mécanisme qui demande en particulier l'utilisation d'un concept. Mais ces troubles psychiques ne sont pas suffisants pour permettre un diagnostic, car des lésions diffuses du cerveau antérieur peuvent produire des symptômes analogues.

Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal, données anatomopathologiques, par M. le Prof. A. DONAGGIO (de Modène)

Le rapport entre lésions frontales et syndrome extrapyramidal akinéto-hypertonique permet de se rendre compte de la présence de ce syndrome dans les tumeurs des lobes frontaux. Le rapporteur discute alors, pour les réfuter ensuite, les objections faites à cette doctrine. Puis il examine la fréquence des lésions frontales dans différentes affections (spasme de torsion, chorées, etc.). Il conclut que l'écorce frontale est une partie importante du système nerveux extra-pyramidal et que la circonvolution frontale ascendante est douée d'une double fonction : fonction pyramidale et fonction motrice extrapyramidale dont la lésion peut se manifester isolément.

Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien, par M. Clovis VINCENT (de Paris).

Il existe, au voisinage du 3e ventricule, un appareil dont l'excitation ou la paralysie sont susceptibles de déterminer une turgescence soudaine des lobes frontaux. Ce véritable état érectile des lobes semble dû à la fois à une réplétion vasculaire et à un œdème aigu.

Il est vraisemblable que les crises d'épilepsie et l'état de mal épileptique, cause de la mort, sont en rapport direct ou indirect avec le flux qui s'est produit dans les lobes frontaux.

COMMUNICATIONS

Modifications fonctionnelles après intervention chirurgicale sur le lobe frontal, par M. R. BRICKNER (de New-York).

Evolution de la connaissance des lobes frontaux du cerveau, par M. V. K. CHOROSCHKO (de Moscou).

Les fonctions du lobe frontal, par M. A. E. KORMÜLLER (de Berlin).

Les fonctions des lobes frontaux d'après les observations cliniques, par M. M. NIKITIN (de Leningrad).

Symptomatologie des affections du lobe frontal, par M. J. GERSTMANN (de Vienne).

Contribution clinique à la connaissance du syndrome prépyramidal de l'homme, par M. G. DE NIGRIS (de Pise).

Le syndrome tumoral prépyramidal, par M. G. AYALA (de Rome).

Les séquelles tardives des blessures du lobe frontal, par M. M. DE TEYSSIEU (de Bordeaux).

L'encéphalose traumatique (« Hirnleistungsschwäche »), *syndrome frontal et des ganglions de la base,* par M. R. BRUN (de Zurich).

©BIUM

Etude des variations architectoniques de la région préfrontale du cerveau humain, par M. S. SARKRBOFF (de Moscou).

Etat des réflexes articulaires fondamentaux et des réflexes abdominaux dans les tumeurs frontales, par M. F. SALUS (de Prague).

Modifications fonctionnelles à la suite de lésions frontales, par M. F. KAFKA (de Prague).

Les déplacements des artères cérébrales par les tumeurs frontales, pariétales et temporales, par M. L. PACHECO (de Lisbonne).

Application clinique des réflexes de posture dans les lésions du lobe frontal, par MM. I. S. WECHSLER, I. BIEBER et B. H. BALSER (de New-York).

A propos d'une forme rare de tumeur frontale, par M. J. SCHEINKER (de Vienne).

Recherches sur le sens de l'extension des tumeurs cérébrales, avec considérations particulières des lobes frontaux, par M. L. JABUREK (de Lemberg).

Etude quantitative des variations de l'activité produites chez des singes par des lésions expérimentales des lobes frontaux, par MM. C. P. RICHTER et M. HINES (de Baltimore).

Fonctions des lobes frontaux : étude comparée chez l'homme, les singes et les chimpanzés, par MM. J. F. FULTON et C. F. JACOBSEN (de New-Haven).

« Extinction » après stimulation du cortex moteur, par MM. J. G. DUSSER DE BARENNE et W. S. Mc. CULLOCH (de New-Haven).

Syndrome de déséquilibre et ataxie frontale (étude expérimentale), par MM. A. AUSTREGESILO et B. FORTES (de Rio-de-Janeiro).

Sur l'influence des lobes frontaux et pariétaux sur le cervelet, par M. E. L. WENDEROVIC (de Leningrad).

Film cinématographique sur les troubles de coordination après lésion du lobe préfrontal du chien, par M. DELMAS-MARSALET (de Bordeaux).

Etudes expérimentales sur les connexions du lobe frontal chez le singe, par M. J. JANSEN (d'Oslo).

Modifications des mouvements respiratoires mis en évidence par l'excitation électrique du lobe frontal chez le chien, par M. W. K. SMITH (de Rochester).

Age et autres facteurs intervenant dans la récupération fonctionnelle consécutive aux lésions du cortex précentral chez le singe, par Mme M. KENNARD (de New-Haven).

QUATRIÈME QUESTION

Président : M. le Prof. B. BROUWER (d'Amsterdam).

L'HYPOTHALAMUS ET LA REPRÉSENTATION CENTRALE DU SYSTÈME NERVEUX AUTONOME

Rapports

Le développement phylogénique des centres hypothalamiques autonomes (poissons, amphibies, reptiles, oiseaux comparés aux mammifères inférieurs), par M. le Prof. C.-U. ARIENS KAPPERS (d'Amsterdam).

L'organe sensoriel infundibulaire (saccus vasculosus) des poissons joue probablement un rôle de perception et de régulation des pressions physiques et osmotiques. L'auteur étudie le trajet de ces impulsions senso-

©BIUM

rielles et l'origine de ses fibres efférentes. Il considère le noyau magnocellulaire préoptique comme le centre d'origine des fibres vaso-motrices du saccus, de l'hypophyse, et de fibres glandulaires. Il montre également la localisation juxta-épendymaire et péricapillaire des cellules et le caractère endocrinien de ces dernières.

L'auteur montre les relations entre les différents noyaux hypothalamiques chez les amphibies, ainsi que leur différenciation chez les reptiles et les oiseaux.

Le développement ontogénique et les conditions normales chez l'homme par M. W.-E. Le Gros Clark (d'Oxford).

L'hypothalamus et les centres du système nerveux autonome, par M. le Prof. W.-R. Hess (de Zurich).

L'auteur rapporte le résultat de ses expériences d'excitation électrique de l'hypothalamus, expériences qui ont confirmé l'intimité des relations entre cette partie de l'encéphale et le système nerveux végétatif.

Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus, par M. J. Lhermitte (de Paris).

Sous les termes de syndromes anatomo-cliniques de l'appareil végétatif méso-diencéphalique ou hypothalamique, il convient d'entendre les manifestations morbides qui sont liées aux altérations diverses se localisant sur la région du tuber cinereum, de l'infundibulum et des noyaux sous-thalamiques. L'auteur montre qu'il existe des manifestations morbides d'un caractère très personnel dont l'origine est à chercher dans une altération des centres végétatifs mésodiencéphaliques et non pas dans une glande endocrine ou exocrine.

Après avoir rappelé certaines notions anatomo-physiologiques, il passe en revue les principaux syndromes hypothalamiques infundibulo-tubériens et mésodiencéphaliques. Il définit ensuite les lésions anatomo-pathologiques et envisage, en terminant, le problème des localisations anatomiques et fonctionnelles du mésodiencéphale.

Les effets physiologiques produits par la suppression de l'influence autonome centrale, due à l'interruption des voies sympathiques, dans le traitement de diverses maladies, par M. A.-W. Adson (de Rochester).

Les lésions des aires sous-thalamiques et médullaires étant susceptibles de modifier les réactions du système nerveux autonome, l'auteur a recherché si ces modifications ne pourraient pas, dans certaines affections, être utilisées dans un but thérapeutique.

Communications

Le rôle de l'hypothalamus dans l'émotion, par M. S. E. Katz (de New-York).

Hypothalamus et régulation thermique, par MM. C. H. Frazier, B. J. Alpers et F. H. Lewy (de Philadelphie).

Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la région tubérienne, par M. K. Uttl (de Prague).

Les manifestations motrices des foyers thalamiques, par M. P. Schuster (de Berlin).

©BIUM

De la prédominance des lésions hypothalamiques dans des cas de syndrome de Korsakof, par MM. H. SAETHRE (d'Oslo) et S. KÖRNGEY (de Szeged).

Contrôle hypothalamique et mésencéphalique de la diurèse, par A. S. KERR (de Londres).

Recherches expérimentales sur les manifestations de la constitution physique et psycho-physique dans le système nerveux végétatif, par M. O. LÖWENSTEIN (de Nyon).

Communications entre le nerf optique et la région végétative de l'hypothalamus, par M. E. FREY (de Zurich).

Mécanismes hypothalamo-pituitaires. Diabète insipide expérimental par striction de la tige pituitaire, par MM. W. MAHONEY et D. SHEEHAN (de New-Haven).

Régulation thermique et hypothalamus, par M. J. BEATTLE (de Londres).

L'hypothalamus et la représentation centrale du système nerveux autonome chez les aliénés délirants, par M. M. DIDE (de Toulouse).

COMMUNICATIONS DIVERSES

ANATOMIE

La localisation du centre gustatif : étude d'un cas d'épilepsie avec aura gustative, par M. H. MARCUS (de Stockholm).

Anatomie des artères du système nerveux, par M. P. BELOU (de Buenos-Aires).

Système artériel du lobe occipital, par M. Mc. D. CRITCHLEY (de Londres).

Les territoires anglo-architectoniques de l'écorce cérébrale, par M. P. A. PFEIFFER (de Leipzig).

Capacité réductrice du système nerveux central, par M. M. MITOLO (de Rome).

De l'histogénèse de la mésoglie chez l'homme, par M. A. J. RABINOVITCH (de Moscou).

Sur la représentation centrale des glandes endocrines, par M. L. PINES (de Leningrad).

Influence de l'âge et de la température sur les réseaux neuro-fibrillaires de la cellule nerveuse des mammifères, par M. A. DONAGGIO (de Modène).

La sécrétion interne du cervelet, par M. T. SENISE (de Naples).

Altérations cérébrales chez les animaux décapsulés, par M. PRADOS Y SUCH (de Madrid).

Observations sur les anastomoses nerveuses. Greffe de nerfs périphériques, par M. F. H. BENTLEY (de Londres).

Recherches sur les terminaisons des nerfs cutanés, par M. H. H. WOOLLARD (de Londres).

Etude des terminaisons nerveuses dentaires, par MM. W. LEWINSKY et D. STEWART (de Manchester).

Recherches sur l'innervation des glandes sudoripares avec une nouvelle méthode colorimétrique, par M. L. GUTTMANN (de Breslau).

Une forme « pithecoïde » de l'Area striata du cerveau du chimpanzé, par M. G. NGOWYANG (de Nankin).

Deux cerveaux cyclopéens, par MM. K. H. BOUMAN (d'Amsterdam) et V. W. D. SCHENK (de La Haye).

Culture de tissus dans les gliomes. Démonstration cinématographique, par MM. R. G. CANTI, J. O. W. BLAND et Mme D. S. RUSSEL (de Londres).

Modifications chromolytiques des cellules de la corne médullaire ventrale d'après les expérimentations sur le singe, par MM. S. COOPER et C. S. SHERRINGTON (d'Oxford).

©BIUM

Recherches histologiques sur la substance grise centrale, par M. C. Rizzo (de Rome).

Le noyau magno-cellulaire périventriculaire chez les reptiles et les oiseaux, par M. T. Kurotsu (d'Osaka).

Chorée de Huntington ; étude anatomo-clinique de 7 cas, par MM. T. T. Stone et E. I. Falstein (de Chicago).

Anatomie pathologique de la chorée chronique progressive, par M. N. S. Alcock (de Chicago).

Altérations médullaires dans un cas d'anémie pernicieuse, par M. L. Bouman (d'Utrecht).

Lésions du système nerveux dans l'avitaminose expérimentale, par M. C. Davison (de New-York).

Tumeurs cérébelleuses de la ligne médiane (médulloblastomes) ; étude anatomo-clinique de 4 cas avec dissémination diffuse dans tout le système nerveux central, par MM. N. W. Winkelman (de Philadelphie) et J. L. Eckel (de Buffalo).

Médulloblastome du cervelet ; amélioration du pronostic et du traitement, par le Professeur W. J. German (de New-Haven).

Tumeurs multiples métastatiques du cerveau, par M. W. E. C. Dickson (de Londres).

Observations sur les gliomes kystiques, par M. I. Oljenick (d'Amsterdam).

Névrite hypertrophique, par M. H. Garland (de Leeds).

Les neuroecrodermomes, par MM. H. Roger et J. Alliez (de Marseille).

Histopathologie du cerveau au cours de la rage humaine, par M. I. Schükrü (d'Istambul).

Localisation des troubles de l'expression mélodique, par M. A. Friedemann (de Bellelay).

Physiologie

Démonstration cinématographique du cortex visuel, par M. G. E. Smith (de Londres).

L'origine du rythme de Berger, par M. E. D. Adrian (de Cambridge).

Potentiels d'action cérébraux, par M. S. Sarkisoff (de Moscou).

Recherches bioélectriques sur la physiologie et la pathologie de l'écorce cérébrale, par M. A. E. Kormüller (de Berlin).

Le principe de la résonnance dans le contrôle nerveux, par M. O. Weiss (de Chicago).

Le seuil de convulsion des différentes parties du cerveau du chat, par MM. F. A. Gibbs et E. I. Gibbs (de Cambridge).

Réflexes psychiques et physiologiques (conditionnels et inconditionnels) chez les jeunes animaux, par M. W. N. Boldyreff (de Michigan).

Diaschisis chez des chats décérébrés, par M. E. G. T. Liddel (d'Oxford).

Les fonctions sensitives du thalamus du singe, par MM. O. Sager et J. G. Dusser de Barenne (de New-Haven).

Sur la physiologie du corps strié, par M. D. Noica (de Bucarest).

Démonstrations cinématographiques relatives à la physiologie du diencéphale, par M. W. R. Hess (de Zurich).

Contribution à l'étude expérimentale des centres tensio-régulateurs du plancher du 3e ventricule, par M. A. Van Bogaert (d'Anvers).

Analyse de la fonction des noyaux de la commissure postérieure et de la substance grise centrale mésencéphalique, par M. L. J. J. Muskens (d'Amsterdam).

©BIUM

Effets des lésions expérimentales du pédoncule cérébelleux supérieur chez « Macacus rhesus », par MM. A. Ferraro et S. E. Barrera (de New-York).

Modifications cérébrales chez les chiens privés de plexus choroïdes, par MM. G. B. Hassin et E. Goldberg (de Chicago).

Le rôle des olives bulbaires dans la rigidité décérébrée, par Mme N. Zand (de Varsovie).

Signification nosologique des accès de sommeil et des perturbations brusques du tonus musculaire, par M. S. Adam-Falkiewiczowa (de Lemberg).

Tonus musculaire et réflexe oculaire, par M. Nissl von Mayendorf (de Leipzig).

Le mécanisme de l'intégration sensitive dans les cordons postérieurs, par MM. B. H. C. Matthews et D. H. Barron (de Cambridge).

Le contrôle nerveux de l'œsophage, par M. G. C. Knight (de Londres).

Physiologie du système nerveux végétatif de l'homme, par M. J. Wilder (de Vienne).

Fibres abdominales afférentes dans le splanchnique et les nerfs vagues, par M. B. A. Swiney (de Leeds).

Relations entre l'excitabilité des nerfs sympathiques, les électrolytes et la respiration cellulaire, par M. H. Tomasson (de Reykjavik).

Le rôle de l'écorce cérébrale dans la détermination de l'excitabilité des nerfs végétatifs, par MM. G. Marinesco et A. Kreindler (de Bucarest).

Potentiels d'action dans le sympathique lombaire du chat, par MM. S. Obrador (de Madrid) et J. B. Odoriz (de Buenos-Aires).

Transmission d'impulsions dans le système nerveux autonome, par MM. G. L. Brown et W. Feldberg (de Londres).

Activité du système nerveux sympathique et son contrôle réflexe, par M. D. W. Bronk (de Philadelphie).

Etude relative au mode d'action du sympathique et sa fonction intégrative, par M. L. Asher (de Berne).

Comportement des ganglions parasympathiques, par M. D. Whitteridge (d'Oxford).

Modifications de la pupille après ganglionectomie cervico-thoracique, par MM. J. R. Mutch et J. R. Learmonth (d'Aberdeen).

Association d'un réflexe vaso-constricteur avec l'inspiration profonde, par M. B. Bolton (de Londres).

Catatonie expérimentale biologique, par M. H. de Jong (d'Amsterdam).

Effets de la bulbocapnine et d'autres substances sur la rapidité des réactions psychiques, par M. U. de Giacomo (d'Agrigente).

La catatonie expérimentale et clinique : rôle étiologique de certaines toxines microbiennes, notamment hépato-intestinales. Déductions et résultats thérapeutiques, par M. H. Baruk (de Paris).

Contribution à l'étude expérimentale des troubles produits par la mescaline, par M. G. E. Morselli (de Milan).

Le test de l'hypernictitation pour la mise en lumière de symptômes latents et surtout de paroxysmes ; ses rapports avec l'hyperventilation, par M. C. J. Munch-Petersen (de Copenhague).

Psychiatrie

Les conceptions de Hughlings Jackson sur la conscience et l'inconscience, par M. O. Sittig (de Prague).

Les syndromes fonctionnels dans les maladies organiques, par M. Aubrey-Lewis (de Londres).

©BIUM

Le sympathique dans les névroses, par M. J. Sebek (de Prague).
Remarques sur les bases anatomiques et physiologiques de l'hystérie, par M. H. C. Rümke (d'Utrecht).
Les relations entre les états d'inconscience chez l'homme, avec la circulation cérébrale et l'anoxémie, par M. W. G. Lennox (de Boston).
Etude de l'association motrice dans les psychoses, par M. F. G. Ebaugh (de Denver).
Apraxie et espace, par M. W. Mayer-Gross (de Londres).
Premier cas pur de la perte complète, isolée, de la faculté d'attention (avec projection d'un film), par M. G. Störring (de Greifswald).
La prédisposition aux troubles sexuels constitutionnels chez l'homme, par M. Paul Loewy (de Vienne).
Etude anatomo-clinique sur les eunuques, par M. I. Schükrü (d'Istanbul).
Evolution du tableau neurologique et psychiatrique de la paralysie générale au cours des dernières décades, par M. A. Orban (de Budapest).
Recherches sérologiques sur les rapports entre la tuberculose et la démence précoce et autres maladies mentales, par M. F. Baldi (de Naples).
La perception visuelle dans la schizophrénie, par M. W. H. de B. Hubert (de Londres).
Troubles de la mémoire consécutifs aux traumatismes encéphaliques, par M. R. Russel (d'Edimbourg).
Désorientation visuelle due au seul effet d'un trouble hémianopsique, par M. G. Riddoch (de Londres).
Etudes psychiatrique, neurologique et neuro-pathologique de deux cas d'artériolite altérative disséminée, associée à une septicémie subaiguë, par Mme L. Bender (de New-York).
Maladies mentales et nerveuses dues à l'abus de l'alcool, par M. F. Kerim (d'Istanbul).

Neurologie

La valeur clinique du signe de la nuque, par M. A. Simons (de Berlin).
Les phénomènes de répercussivité, par M. M. Kroll (de Moscou).
Réflexes vaso-constricteurs, par M. E. A. Carmichael (de Londres).
Vaso-constriction des doigts, par M. G. K. Sturup (de Londres).
Paralysie centripète par arrêt circulatoire dans un membre, par MM. G. W. Pickering, T. Lewis et P. Rotschild (de Londres).
Contribution à l'étude de la pathogénie et de la physio-pathologie des attaques d'apoplexie, par MM. D. Paulian et I. Bistriceano (de Bucarest).
Planigraphie et soustraction. Deux nouvelles méthodes radiographiques, par M. B. G. Ziedses des Plantes (d'Utrecht).
Angiographie cérébrale. Sa technique, par M. A. Lima (de Lisbonne).
Artériogrammes et phlébogrammes normaux du cerveau, par M. F. de Almeida (de Lisbonne).
Angiographie et diagnostic des anévrysmes cérébraux et des angiomes, par M. E. Moniz (de Lisbonne).
Expériences diagnostiques par l'artério-encéphalographie, par M. L. Benedek (de Debrecen).
Ventriculographie par le thorotrast, par MM. W. Freeman, H. H. Schoenfeld et C. Moore (de Washington).
Etude radiologique du 3e ventricule avec indications spéciales sur la technique radiographique, par M. E. W. Twining (de Manchester).

©BIUM

Sémiologie des réflexes contralatéraux : sur la valeur clinique des phénomènes des orteils contralatéraux, paradoxaux et alternatifs, par M. W. STERLING (de Varsovie).

Douleur résultant de produits de métabolisme ou d'altération tissulaire, par M. T. LEWIS (de Londres).

Démonstration de substances myélolytiques endogènes au cours d'affections nerveuses, par M. A. WEIL (de Chicago).

Algies nocturnes des bras, par M. R. WARTENBERG (de Fribourg).

Hémicraniose, par MM. B. BROUWER, BIELSCHOWSKY et M. E. HAMMER (d'Amsterdam).

Migraine et autres « allergoses » au cours du traitement des affections chroniques, par M. M. GERSON (de Vienne).

Le mécanisme de certaines céphalées, par MM. D. CLARK, H. HOUGH et H. G. WOLFF (de New-York).

Les réactions d'équilibre dans les affections du système nerveux central, par M. J. ZADOR (de Budapest).

Le facteur nerveux dans l'étiologie du shock opératoire, par MM. L. O'SHAUGHNESSY et D. SLOME (de Londres).

Manifestations allergiques dans le système nerveux, par M. R. FOSTER KENNEDY (de New-York).

Contribution à l'étude des aphasies transcorticales, par M. E. STENGEL (de Vienne).

Chorée, tics et paroles « forcées », par MM. M. CREAK et E. GUTTMAN (de Londres).

La paralysie faciale pseudo-périphérique comme signe de valeur dans la localisation des tumeurs cérébrales, par MM. E. D. FRIEDMAN et W. SCHICK (de New-York).

Etude sur les tremblements, par MM. F. LÉVY et GOMEZ (de Paris).

Recherches cliniques-pharmacologiques sur la régularition des métabolismes du sucre et de l'hydrogène à partir du tronc cérébral, par MM. ALDERSBERG et F. FRIEDMANN (de Vienne).

Pathogénie de l'hallucinose pédonculaire. A propos d'un nouveau cas, par M. G. DE MORSIER (de Genève).

Preuve de l'existence d'un trouble du centre diurétique dans les syndromes parkinsoniens, par M. T. CERNACEK (de Prague).

Modifications de la chronaxie et relations chronaximétriques entre les muscles antagonistes dans le parkinsonisme post-encéphalitique, par M. E. BERRA (de Prague).

Réflexes myostatiques d'ordre supérieur, par M. G. SCHALTENBRAND (de Wurzbourg).

Polycythémie associée à l'encéphalite chronique et à la maladie de Parkinson, par MM. S. E. KATZ, W. SHERWOOD et A. FERRARO (de New-York).

Un cas de dyssynergie cérébelleuse progressive (Hunt), par M. K. MATHON (de Prague).

La pathogénie de la sclérose en plaques, par M. T. J. PUTNAM (de Boston).

Les altérations radiologiques des pédicules vertébraux symptomatiques de tumeurs de la moelle et des tissus environnants, par M. A. TORKILDSEN (d'Oslo).

Poliomyélite : sa pathogénie ; constatations faites dans le liquide céphalo-rachidien et récentes acquisitions prophylactiques, par MM. M. BRODIE et S. B. WORTIS (de New-York).

©BIUM

Considérations cliniques sur l'encéphalomyélite épidémique disséminée, basées sur une centaine de cas observés en Pologne entre 1927 et 1935, par M. E. HERMAN (de Varsovie).

Le problème de l'encéphalite rhumatismale, par M. A. P. AWZEN (de Moscou).

Les neuromyélites aiguës et subaiguës épidémiques observées au Brésil. Nouvelle infection neurotrope ? par M. A. AUSTREGESILO (de Rio-de-Janeiro).

Encéphalite. Sodoku expérimentale, par M. A. PIROTH (de Debrecen).

Méningite séreuse circonscrite spinale, par M. J. St. C. ELKINGTON (de Londres).

Etude de la myotonie atrophique, par M. O. MAAS (de Londres).

Les troubles neuro-musculaires dans la myasthénie grave, par M. E. B. PRITCHARD (de Londres).

Métabolisme de la créatine et de la créatinine dans les affections musculaires, par MM. A. T. MILHORAT et H. G. WOLFF (de New-York).

Formes tardives de la myopathie progressive et pathologie de ces cas, par M. S. NEVIN (de Londres).

Pathologie de la polymyosite, par M. D. DENNY-BROWN (de Londres).

Recherches électriques dans la tétanie, par M. F. KRAMER (de Berlin).

La maladie de Sturge-Weber, par M. H. BERGSTRAND (de Stockholm).

Le phénomène de Marcus Gun, par M. F. C. GRANT (de Philadelphie).

Hyperostose familiale généralisée associée à une compression cérébrale, par M. G. L. ALEXANDER et E. LEVIN (d'Edimbourg).

Altérations des trous optiques dans les lésions intracraniennes, par M. G. JEFFERSON (de Manchester).

Tumeur du chiasma, par M. E. BUSCH (de Copenhague).

Valeur pratique des nouvelles méthodes de diagnostic topographique des hémianopsies, par M. A. KESTENBAUM (de Vienne).

Signe d'Argyll-Robertson comme seul symptôme local d'un kyste du « Cavum vergae ». Disparition du symptôme pupillaire après évacuation du kyste, par M. E. SORENSEN (de Copenhague).

Démonstration cinématographique des troubles de la locomotion par avitaminose B., par MM. R. A. PETERS et O. R. BRIEN (d'Oxford).

Sur une forme spéciale de la maladie hérédo-dégénérative, par M. W. G. S. SMITT (d'Utrecht).

La sensibilité du nerf facial, par M. F. LÉVY (de Paris).

La paralysie faciale pseudo-périphérique comme signe de valeur dans la localisation des tumeurs cérébrales, par MM. E. D. FRIEDMAN et W. SCHICK (de New-York).

Ophtalmoplégie associée à la thyrotoxicose, par M. W. R. BRAIN (de Londres).

THÉRAPEUTIQUE

Sur le traitement de la myopathie, par M. R. FORSBERG (d'Oslo).

Recherches sur l'action physiologique et biologique de la sérothérapie hémolytique dans le traitement de la sclérose en plaques, par MM. M. LAIGNEL-LAVASTINE, M. PENACHIETTI et N. T. KORESSIOS (de Paris).

Modifications des estérases du sang associées à des rémissions dans la sclérose en plaques, par M. R. M. BRICKNER (de New-York).

Traitement de la sclérose combinée subaiguë de la moelle par l'extrait de foie intramusculaire, par M. C. C. UNGLEY (de Newcastle on Tyne).

Recherches expérimentales sur les principes de sérothérapie antipoliomyélitique, par M. H. PETTE (de Hambourg).

Le traitement de la syringomyélie. Revue de 11 observations, par MM. H. COHEN et R. E. KELLY (de Liverpool).

©BIUM

Section intracranienne de la portion vestibulaire du nerf auditif pour vertige de Ménière, par M. K. G. Mc KENZIE (de Toronto).

Intervention sur le canal semi-circulaire externe et injection d'alcool absolu dans le vertige auriculaire, par M. W. MOLLISSON (de Londres).

Effets de l'hypnose sur les symptômes choréiques, par Mme M. ESZÉNYI (de Budapest).

Le traitement des névralgies du trijumeau d'origine dentaire, par MM. B. GRUNDT et R. FORSBERG (d'Oslo).

Le drainage final forcé dans le traitement du parkinsonisme post-encéphalitique, par MM. B. H. BALSER et L. S. KUBIE (de New-York).

Traitement chirurgical de l'hypertension par résection du grand et du petit splanchnique et de la chaîne dorsale sympathique inférieure, par M. M. M. PEET (de Michigan).

Hypertension essentielle ; considérations chirurgicales, par M. A. W. ADSON (de Rochester).

Différence d'efficacité des traitements de la paralysie générale par la malaria et la pyrétothérapie avec les microbes non pathogènes, par MM. P. RANSCHBURG et I. W. KAUFFMANN (de Budapest).

Pyrétothérapie par diathermie à ondes courtes dans les maladies nerveuses, par MM. F. J. NATTRASS et S. F. EVANS (de Newcastle on Tyne).

Recherches expérimentales concernant l'action physiologique et les effets thérapeutiques du venin de cobra. Statistique portant sur 10.000 cas traités, par M. N. T. KORESSIOS (de Paris).

Les courants de « fréquence acoustique » ; leur production à l'aide de disques sonores ; leur valeur médicale, par M. G. OPPENHEIM (de Francfort-sur-Mein).

Jean TITECA.

XXXIXe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes

(Bruxelles, 22-28 juillet 1935)

ERRATUM

Dans la discussion du *Rapport de Psychiatrie* de M. H. BARUK sur *L'Hystérie et les fonctions psychomotrices. Etude psycho-physiologique*, page 296, 21e ligne, du numéro de juillet 1935 des *Annales Médico-Psychologiques*, lire :

M. HARTENBERG (de Paris). — Les manifestations nommées hystériques ou pithiatiques ne constituent pas une entité morbide, une névrose définie. Il n'y a pas de maladie hystérique ; ces manifestations ne sont que des troubles occasionnels, produits, sous l'influence de conditions favorisantes, par l'émotivité et l'imagination des malades.

J. T.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Les débuts de l'intelligence, par le Dr Pierre JANET, Membre de l'Institut, Professeur au Collège de France (1 vol. in-12, 262 pages, in *Bibliothèque de philosophie scientifique*, Flammarion, édit., Paris 1935).

Les études du Professeur Pierre Janet sur les actions intellectuelles élémentaires, intermédiaires entre la conduite de l'animal et celle de l'homme, sur ces conduites qui préparent le langage, étaient jusqu'ici éparses dans ses œuvres et dans son enseignement au Collège de France (1912-1913, 1931-1932), à l'Ecole de Médecine de Londres (1919), à la Faculté de Philosophie de Buenos-Aires (1932). Les ayant remaniées et rédigées entièrement, le Professeur Pierre Janet publie dans ce volume celles de ses études qui portent sur les divers stades des tendances et permettent de situer l'intelligence élémentaire à sa place dans le tableau hiérarchique des tendances psychologiques.

Entre les formes élémentaires de l'activité, les réflexes et les instincts, qui existent chez les animaux comme chez l'homme, et les fonctions supérieures, les raisonnements scientifiques et les principes de la moralité, qui n'appartiennent qu'à l'esprit humain, on peut observer un grand nombre d'opérations très importantes qui perfectionnent les actes proprement moteurs et qui préparent le langage. Cette *intelligence élémentaire,* transition entre l'activité inférieure et l'activité supérieure de l'esprit, est le point de départ de toutes les opérations supérieures.

Dans la première partie de ce volume, qui traite des *premiers stades psychologiques,* le Professeur Pierre Janet, après avoir situé le problème et indiqué les moyens de l'étudier, passe successivement en revue les actes réflexes et les actes perceptifs, les caractères des actes suspensifs ; les conduites sociales ; les sentiments, régulations de l'action ; le jeu et l'exploitation du jeu.

Une deuxième partie est consacrée à l'étude des *premiers objets intellectuels.* Les premiers actes humains de la perception donnent naissance à des

©BIUM

objets, objets alimentaires, objets sexuels, objets redoutables, etc. Ces objets ne sont discernés dans la nature que par les tendances correspondantes de l'alimentation, du sexe, de la fuite. Les actes intellectuels élémentaires créent aussi des objets fort curieux, bien distincts des précédents, et qui méritent d'être appelés des objets intellectuels. Tels sont, parmi les plus importants, la route et la direction du mouvement ; la place publique et la notion de position ; l'outil et l'acte de la production ; le portrait et le problème de la ressemblance ; la forme, que M. Pierre Janet rattache au groupe des actes intellectuels élémentaires en signalant les insuffisances de la « Gestalt theorie » à résoudre le problème psychologique de la forme, problème dont cette théorie a eu le mérite de montrer l'importance.

Il est inutile de souligner l'intérêt considérable de ce volume. Dans un livre sur « l'Intelligence avant le langage », livre qui doit paraître prochainement, le Professeur Pierre Janet complétera ces pages en étudiant d'autres objets intellectuels du même genre : le panier, la part du gâteau, les tiroirs de l'armoire, le drapeau, le mot. Comprendre ces objets singuliers qui visiblement n'ont pas été créés par la nature mais par l'homme, voir leur rapport avec les conduites qui leur ont donné naissance, est le meilleur moyen de comprendre l'intelligence élémentaire.

René CHARPENTIER.

Nouveau Traité de Psychologie, par Georges DUMAS, Professeur à la Sorbonne, Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, *Tome IV.* **Les fonctions et les lois générales,** avec la collaboration de Ch. BLONDEL, E. CLAPARÈDE, H. DELACROIX, H. PIÉRON, G. POYER, G. REVAULT D'ALLONNES (1 vol. in-8°, 528 pages, Félix Alcan édit., Paris 1934).

Le premier chapitre du *livre I,* réservé aux *fonctions générales d'organisation,* est consacré par M. *H. Piéron* à l'exposé de notions sur les processus d'*attention,* leur évolution et la question du mécanisme. Considérée par certains comme une faculté imaginaire, la notion d'attention n'est peut-être pas indispensable à un essai de reconstitution des mécanismes mentaux. On voit des psychologues confondre l'attention avec l'aperception, avec le travail mental, avec la volonté, avec la conscience. Mais, sous la divergence des points de vue, c'est bien le même ensemble complexe qui est envisagé, ou mieux, c'est bien un même aspect du fonctionnement mental, comportant orientation et dominance avec amélioration fonctionnelle corrélative. L'attention implique une dominance et un niveau élevé d'efficience. Si l'on a donné tant d'importance à l'attention, c'est sans doute qu'elle facilite la compréhension de certaines modalités du fonctionnement mental.

Etudiant ensuite *l'habitude* et *la mémoire,* M. *H. Piéron* montre que l'étude des phénomènes mnémoniques en général ne peut se faire que grâce à une abstraction conventionnelle. Le champ de la mémoire, c'est celui de la vie mentale tout entière. Si les nécessités d'une exposition discursive obligent à l'examen successif des divers processus mentaux, en réalité, pour la plupart, ces processus se conditionnent l'un l'autre, et on ne peut échapper à des interpénétrations constantes. Envisageant les formes de la mémoire, dont il différencie la persistance sensorielle immédiate, M. Piéron étudie l'habitude, la mémoire statique des images et la mémoire dynamique des enchaînements associatifs. Après avoir dégagé

©BIUM

les lois de la mémoire, il précise le rôle des divers sentiments intellectuels qui accompagnent le jeu de la mémoire, sentiments de nouveauté ou d'ancienneté, de familiarité, d'antériorité ou de postériorité, etc., qui permettent la reconnaissance des souvenirs. Tenant compte des données fournies par la pathologie, il indique la position actuelle du problème psycho-physiologique de la mémoire (physico-chimique, nerveux, cérébral, fonctionnel), Le but principal d'une pédagogie de la mémoire est la maîtrise de ses souvenirs.

M. *H. Delacroix* accorde un bref exposé à *l'association des idées* dont il distingue deux grandes espèces : l'association par contiguïté et l'association par ressemblance et par contraste. La première n'est que mémoire et habitude ; la seconde, c'est le fonctionnement spontané de la pensée, ébauche et préparation du jugement. L'une et l'autre forme d'association sont étroitement liées à l'action. Loin d'être une fonction autonome, l'association des idées se ramène, au fond, à l'habitude et à l'intelligence.

Dans un long et intéressant chapitre dont ces notes brèves ne peuvent rendre compte, M. *Revault d'Allonnes* montre que *la schématisation* fait partie de ce que l'on pourrait appeler l'analyse psychologique « intermédiaire ». L'étude de la schématisation, c'est la recherche des procédés psychiques moyens dont l'intérêt, dont l'efficience sont souvent de beaucoup supérieurs à l'intérêt et à l'efficience des matériaux dissociés. C'est l'effort pour en explorer les variétés, pour en mesurer les dynamismes, pour en reconnaître le rôle dans la connaissance sensible, dans la pensée et dans l'action. Et M. Revault d'Allonnes montre l'intelligence « abstraite-concrète » agissant par polyschématisations imaginatives et actives, sous les formes du concept verbal ou inverbal, du jugement muet ou exprimé, du raisonnement formulé ou informulé. Il dégage les lois générales de la schématisation, la distingue de la classique « imagination » déréglée et conclut que cette notion répond aux aspirations actuelles de la neuro-psychiatrie.

Le premier livre se termine par l'important travail de M. *Georges Dumas* sur la *symbolisation*. Après avoir délimité nettement son sujet en distinguant le symbole du substitut, du signe, de l'image, du schème et de l'emblème, M. Georges Dumas étudie la symbolisation dans la langue courante et, par la langue, dans le domaine des sensations, des émotions, des besoins, des instincts, des idées, des actes, etc., et particulièrement dans le langage passionnel, dans la langue des mystiques, dans l'introspection et dans l'expression poétique. Les raisons qui portent à symboliser sont toujours les mêmes : ce sont les difficultés de la connaissance directe et les difficultés (psychologiques ou morales) de l'expression directe, deux ordres de raisons qui, souvent, n'en font qu'un. La symbolisation n'est, dans l'ordre de la connaissance ou de l'expression, qu'un procédé médiat, indirect, toujours plus ou moins lointain. Dans le domaine de l'art, le symbole ne peut être, pour l'artiste lui-même, qu'une réalisation approximative de ce qu'il a vu et senti dans son intuition créatrice.

Le *livre II* traite des *lois générales de l'activité mentale*. M. *Ch. Blondel*, dans un article très intéressant sur *l'activité automatique et l'activité synthétique*, fait la critique des notions de synthèse et d'automatisme après avoir décrit les aspects de la vie mentale qui justifient leur utilisation en psychologie. Il étudie successivement l'aspect finaliste et organisé de la vie mentale, pris surtout en considération par les théoriciens de la synthèse mentale et

©BIUM

de l'activité synthétique, l'aspect spontané de la vie mentale et l'aspect mécanique ou mécanisé de la vie mentale, ces deux derniers ayant donné jour aux conceptions de l'automatisme mental, de l'activité automatique. Il passe en revue les applications, remarquables par leur ampleur, que la notion d'automatisme mental a reçues en psychologie normale et en psychologie pathologique, et divise en deux groupes représentés l'un par Baillarger et l'autre par G. de Clérambault les théories psychiatriques de l'automatisme mental. En réalité, conclut-il, si on voit bien ce que décrivent les notions de synthèse mentale et d'automatisme mental, on voit moins ce qu'elles expliquent. Elles prétendent, cependant, tout expliquer. En particulier, l'extension prise en psychiatrie par la notion d'automatisme mental en a compromis à la fois le sens et la portée. En parlant en psychologie de synthèse et d'automatisme, il ne faut jamais oublier ni que ces termes ne font que définir certains aspects de la vie mentale, ni que, dans leur acception nouvelle, pour s'adapter à un nouvel objet, ils prennent un nouveau sens.

M. *Pierre Janet* résume ensuite les idées qu'il a exprimées dans ses beaux travaux sur *la tension psychologique et ses oscillations,* sur les tendances, les degrés d'activation et la hiérarchie de ces tendances, les degrés de tension psychologique qui permettent l'activation de telle ou telle tendance, et les oscillations de cette tension. Il y a des actions et des tendances à l'action impliquées dans toutes les notions. L'étude de ces tendances serait, dans bien des cas, une des méthodes d'explication les plus fructueuses de la psychologie et de la psychiatrie. M. Pierre Janet passe en revue quelques-uns des états psychologiques où se manifestent des oscillations de la tension, le sommeil et la veille, la fatigue et le repos, les émotions déprimantes, des névroses, des psychoses, montrant le grand nombre de faits normaux et pathologiques que l'on peut réunir sous la conception de la tension psychologique et de ses oscillations.

L'activité mentale et ses lois, le travail intellectuel, la fatigue sont passés en revue par M. *G. Poyer* qui étudie successivement la notion de travail et la psychologie collective, la fatigue physique et la fatigue mentale. le sentiment de fatigue, les effets physiologiques et psychologiques de la fatigue intellectuelle, le surmenage, les variations individuelles et les rythmes de l'activité.

Dans le dernier chapitre, M. *Ed. Claparède* expose les notions concernant *le sommeil et la veille,* l'activité et le repos, la méthode actographique de Szymanski qui permet d'en observer les phases, le besoin de sommeil dont il étudie les conditions et le mécanisme, l'endormissement, l'état de sommeil, le rêve, la durée et la profondeur du sommeil, sa tranquillité et sa mobilité, la quantité de sommeil et sa qualité, son action réparatrice, l'insomnie expérimentale, le réveil, les variétés de sommeil, les types de dormeurs, la pathologie et les états voisins du sommeil (hypnose, extase mystique). A la fin de cet intéressant exposé, M. Claparède fait la critique des principales théories du sommeil, dont la théorie biologique, peu à peu admise dans ses lignes essentielles par les auteurs contemporains, aide à interpréter divers phénomènes anormaux ou pathologiques, en particulier la fuite dans le sommeil. Il termine par des considérations sur l'hygiène du sommeil propres à suggérer des observations ou des expériences de nature à préciser nos idées sur le sommeil lui-même.

René CHARPENTIER.

©BIUM

Psychologie (Psicologia), par Plinio OLINTO. 1 vol. in-12, 274 pages. *Bibliothèque de Culture Scientifique*, Edition Guanabara, Rio 1933.

Le procédé de vulgarisation de M. Olinto consiste à montrer, en s'appuyant sur des notions de biologie et de physiologie, les divers mouvements de l'esprit, ses réactions, son adaptation au milieu. En effet, la psychologie ne se suffit pas à elle-même. Est-elle même une science, dans l'état actuel de ses données primaires ? — Dans les divers domaines de la philosophie nous voyons que l'esthétique, la morale, la logique et l'éthique ont leurs lois propres. La psychologie, étude des réactions de l'individu, ne peut isoler les phénomènes qu'elle observe, ni des modifications physiques, ni des répercussions sociales. Si nous touchons au domaine des sensations et des perceptions, nous abordons d'abord une question d'anatomo-physiologie, puis nous tirons quelques enseignements des troubles des fonctions étudiées, enfin nous formulons des hypothèses sur les mécanismes normaux. Nous pourrions retrouver ce schéma dans d'autres problèmes et M. Olinto nous cite avec à-propos la boutade d'un humoriste : « La psychologie se compose en résumé de deux parties : l'une qui traite du système nerveux et l'autre qui traite de questions qui n'ont rien à voir avec le système nerveux. »

L'auteur nous fournira donc à l'occasion des termes employés couramment pour désigner les opérations de l'esprit de brefs chapitres où les notions courantes scientifiques qui s'y rattachent sont exposées, méthode logique puisqu'aussi bien le psychologue, dès qu'il entre dans la voie des développements, tire la matière et jusqu'au vocabulaire de ses enseignements du matériel scientifique qui fait image. Dès que l'on quitte ce terrain pour aborder celui de la psychologie pure, par exemple dans la psychanalyse, on est dans l'obligation d'interpréter, de donner des versions dont les chances de valeur dépendent de la solidité de bases physiques : caractères précis du tempérament, de la constitution.

Ce qui a été observé pour les sensations et les perceptions, M. Olinto le note pour les idées et les images, l'attention, la mémoire et l'oubli, les émotions et l'expression affective. L'étude de la volonté suit le même mode. On arrive à la notion par des documents biologiques et physiologiques : l'étude du tropisme conduit aux réflexes, les réflexes aux instincts, les instincts aux impulsions et aux automatismes, aspects de plus en plus complexes qui mèneront à la volition.

Après les facultés, les opérations du psychisme, les comportements, l'auteur termine par un aperçu du développement mental, des niveaux, de la culture, des personnalités, des tendances et de l'orientation professionnelle.

P. CARRETTE.

L'intelligence pratique chez l'enfant. Observations et expériences, par André REY, Assistant à l'Université de Genève. 1 vol. in-8°, 236 pages, in *Bibliothèque de Psychologie de l'Enfant et de Pédagogie*, Félix Alcan, édit., Paris 1935.

Réduites à leur forme réflexe, les conduites élémentaires du déplacement et de la préhension ne réussissent que dans des situations privilégiées, là seulement où l'objet de convoitise peut être atteint par la voie directe ; par-

©BIUM

tout ailleurs, elles se heurteront à des obstacles. L'adaptation à un milieu physique varié et étendu exige le détour, l'emploi d'intermédiaires et d'outil, la compréhension des liaisons et des rapports. Comment l'enfant acquiert-il ces diverses techniques, comment les applique-t-il à des problèmes nouveaux ? Comment évolue son intelligence pratique ?

Le livre de M. André Rey contient une série de documents sur ce chapitre de psychologie génétique. De jeunes enfants ont été placés en face de problèmes pratiques impliquant la mise en œuvre de détours, l'emploi d'intermédiaires, la confection d'outils, la découverte d'un mécanisme... L'auteur a observé leur conduite, fait l'histoire de leurs essais successifs, de l'acheminement vers la réussite. L'emploi d'une méthode clinique appropriée à ce genre de recherches a permis d'aborder, à côté du problème central de l'évolution des conduites pratiques, d'autres problèmes secondaires : généralisation des solutions, transfert, prise de conscience de l'acte, accueil des suggestions, etc.

L'examen des documents recueillis au cours de ces expériences montre que l'activité pratique de l'enfant n'est pas une simple réduction du comportement adulte ; elle constitue une conduite originale.

L'enfant n'agit pas comme s'il tenait compte de ce que nous appelons l'expérience ; il n'assimile pas les choses comme nous et ne perçoit pas à notre manière les contacts, les liaisons et les rapports. Dépendant en une certaine mesure d'une maturation organique, ses perceptions et son activité n'apparaissent pas comme l'expression de formes innées, déterminées une fois pour toutes ; elles témoignent d'une activité assimilatrice et d'accommodations successives aux objets externes.

L. R.

Les origines intellectuelles du jardin d'enfants, par Madame A. Ollivaud, Directrice de jardin d'enfants. 1 vol. in-8°, 176 p., Lipschatz Edit., Paris 1935.

Connaître une science, c'est d'abord bien connaître son histoire. Si l'étude des méthodes pédagogiques est à l'ordre du jour actuellement et commence à intéresser les médecins, l'histoire du début de la pédagogie et de la création de ses méthodes est encore trop peu connue. Le livre de Mme Ollivaud comble cette lacune.

Ce livre d'une lecture extrêmement attachante et très vivante retrace d'abord la vie et les œuvres des grands créateurs de la pédagogie. Mme Ollivaud ne sépare pas en effet les œuvres de la vie de leur auteur, et l'on saisit admirablement dans quelles circonstances chacun de ces hommes de génie fut amené à faire ses découvertes. Nous savons ainsi que le premier en date de ces grands hommes, Jacob Péreire, l'initiateur de la science pédagogique, créa les débuts des méthodes pédagogiques par amour : il était en effet amoureux d'une jeune fille sourde et muette qu'il s'efforça de rééduquer. Nous suivons ses relations avec J.-J. Rousseau, l'abbé de l'Epée, et son influence sur les Encyclopédistes. Nous accompagnons ensuite pas à pas Itard dans ses efforts de rééducation du « Sauvage de l'Aveyron ». Une véritable science pédagogique est mise au point ainsi par le tenace médecin des sourds-muets. Son élève Seguin développe à son tour la création du matériel sensoriel, et diffuse ensuite en Amérique ce mouvement pédagogique qui devait y subir ensuite un développement si considérable. A l'étranger, nous suivons également Pestalozzi avec

©BIUM

« l'introduction de l'étude concrète et l'essai de travail libre et intuitif », Froebel avec le « jeu comme moyen éducatif ». Ensuite de nouveaux et importants progrès se réalisent : la naissance des tests de Binet et Simon marque une date capitale, et cette méthode se répand bientôt dans le monde entier. Mme Ollivaud analyse aussi longuement l'effort de Bourneville qui a su réaliser dans son admirable service de Bicêtre la mise en œuvre de toutes les méthodes pédagogiques, enfin l'œuvre de Mme Montessori, enthousiaste des idées d'Itard, Seguin et Bourneville, et qui a ensuite découvert des méthodes originales et fort intéressantes.

Une fois pénétré de ces notions historiques si capitales, le lecteur suit dans une vue d'ensemble l'évolution de la pédagogie dans ses rapports avec la médecine. Enfin, dans une deuxième partie, Mme Ollivaud traite dans les moindres détails l'histoire et les méthodes des jardins d'enfants et expose les résultats de ses recherches personnelles et des méthodes qu'elle applique dans le jardin d'enfants qu'elle a créé (éducation sensorielle, maîtrise de soi, développement de la personnalité, hygiène scolaire, etc...).

Ce livre très riche de faits, et en même temps très vivant et très original, doit intéresser à la fois non seulement le pédagogue, mais le psychiatre, le pédiatre, et aussi tout médecin.

H. Baruk.

PSYCHIATRIE

La Démence, par le Dr Raymond Mallet, Médecin-Inspecteur des Asiles, Expert près le Tribunal de la Seine (1 vol., in-16, 176 pages, 7 figures, Armand Colin édit., Paris 1935).

Ecrit pour être lu également par d'autres que des psychiatres, ce livre, dans lequel M. Raymond Mallet expose les divers problèmes posés par la notion de démence, atteint pleinement son but, sans rien perdre de son intérêt scientifique. La plupart des grands syndromes psychiatriques et des courants psycho-pathologiques actuels y sont exposés en des raccourcis que leur clarté rend accessibles aux lecteurs non spécialisés.

Parmi les diverses formes de l'aliénation mentale, la démence représente l'expression clinique d'un travail de destruction anatomique, par opposition aux processus inflammatoires et régressifs, aux troubles fonctionnels souvent cycliques. A côté du trouble de la synthèse organo-psychique de l'obsédé, de la rupture de l'unité psychique du délirant, la démence traduit l'effondrement de l'intelligence, de l'affectivité, résultant de lésions cérébrales destructives. Formule ne s'appliquant qu'imparfaitement à ces états à symptomatologie polymorphe et à évolution capricieuse, réunis sous le nom de démence précoce, et sur lesquels insiste l'auteur dans le chapitre où il décrit les divers aspects cliniques de la démence. Tout en gardant des possibilités intellectuelles, grâce auxquelles sont possibles des rémissions parfois inespérées, l'hébéphrénique se comporte comme un dément par son impossibilité à les utiliser, à les harmoniser.

A l'aide de nombreux exemples cliniques, M. Raymond Mallet concrétise pour le lecteur les diverses variétés de démence individualisées sous un vocabulaire psychiatrique dont l'apparente précision cache bien des diver-

©BIUM

gences d'interprétation. Il montre le polymorphisme de symptômes psychiques et physiques dont la date d'apparition, l'aspect, l'intensité, le groupement, etc., sont fonction du degré de l'état démentiel, de son ancienneté, de ses causes, et aussi du niveau intellectuel et social du sujet. A ce polymorphisme clinique d'états démentiels de causes diverses, correspondent naturellement des processus anatomiques différents dont le caractère commun est d'aboutir à des lésions cérébrales destructives, donc indélébiles, diffuses, bien que parfois prédominantes, constantes, mais parfois très fines, et que seules purent permettre d'étudier les progrès des diverses techniques de laboratoire.

Discutant les notions de constitution mentale, de terrain organique et de prédisposition mentale ou organique, les divers facteurs envisagés pouvant se combiner dans une certaine mesure, l'auteur propose de classer schématiquement et provisoirement les états démentiels en deux catégories basées sur le caractère soit primitif, soit terminal de ces états. La *démence primitive* peut être soit *constitutionnelle* (démence précoce), soit *accidentelle* (paralysie générale, encéphalite psychosique). Sous le nom de *démence terminale*, il réunit à la *démence terminale des psychoses chroniques* (aboutissement à longue échéance, non fatal, du délire chronique, de la manie, de l'épilepsie, etc.), la *démence par artérite cérébrale*, par *méningite chronique* (démence sénile, syphilis cérébrale), la *démence par encéphalite* (démence traumatique, démence infectieuse qu'il distingue de l'encéphalite psychosique par sa nature purement accidentelle, sans facteur de prédisposition).

L'étude de la démence primitive met en évidence le rôle primordial de la notion de terrain. Le polymorphisme clinique de la démence tient à ce qu'elle représente souvent l'aboutissement de maladies mentales dont chacune a sa symptomatologie propre. Même lorsqu'elle apparaît comme primitive, ses signes pathognomoniques participent non seulement du facteur étiologique, fonctionnel, organique, accidentel, infectieux, à action aiguë ou lente, mais aussi pour une même modalité, de facteurs individuels qui varient avec chaque malade suivant sa constitution psychopathique, suivant l'étendue et surtout la localisation des lésions anatomiques.

Par ce clair exposé enrichi d'une abondante documentation et des vues personnelles de l'auteur, ce livre qui traite de l'un des grands problèmes de la psychiatrie, justifie plus que tout autre la devise qui pouvait paraître ambitieuse, de cette collection : « Vulgariser sans abaisser. »

René CHARPENTIER.

Les Encéphalites psychosiques, par L. MARCHAND et A. COURTOIS, *Préface* du Dr TOULOUSE (1 vol. in-12, 144 pages, 31 microphotographies, Le François édit., Paris 1935).

Cette intéressante monographie, qui fait suite au beau rapport présenté par le Dr L. Marchand au Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Rabat, 1933) sur l'étude anatomo-clinique des encéphalites psychosiques, réunit sous la même dénomination — afin de mieux insister sur leur importance — des cas dans lesquels les troubles mentaux dominant le tableau clinique sont en rapport avec des lésions inflammatoires du cerveau. Le but des auteurs est d'exposer ici un ensemble

©BIUM

d'études anatomo-cliniques et physio-pathologiques qui doivent servir de base à d'autres recherches dont la tendance est d' « écarter le plus possible des maladies mentales les conceptions dogmatiques de bases surtout psychologiques qui contrarient leur évolution scientifique ».

Les encéphalites qui ne se traduisent cliniquement que par des troubles mentaux, d'où leur nom d'encéphalites psychosiques, peuvent présenter une évolution aiguë, subaiguë ou chronique. On peut aussi observer toute une gamme d'intensité allant des encéphalites curables aux encéphalites incurables et mortelles. M. L. Marchand et le regretté Ad. Courtois exposent le rôle joué par des causes multiples, par les infections, les intoxications, les troubles du métabolisme. Ils montrent l'importance des affections de l'enfance et des tares héréditaires qui déterminent la fragilité cérébrale.

L'encéphalite psychosique aiguë répond au syndrome délire aigu et en raison de la constance d'une azotémie considérable, les auteurs lui ont donné le nom d'encéphalite psychosique aiguë azotémique. Les encéphalites subaiguës et chroniques se manifestent cliniquement par les syndromes mentaux les plus variés et d'un diagnostic souvent difficile. Ce sont surtout les constatations anatomo-pathologiques qui ont permis d'établir l'organicité d'affections mentales considérées jusqu'alors comme des psychoses à lésions inconnues, et dont l'évolution, à travers des phases alternatives de réveil et d'accalmie, peut se traduire par plusieurs accès différents.

Abordant avec prudence le domaine des interprétations pathogéniques, MM. L. Marchand et A. Courtois se contentent d'énumérer les diverses hypothèses envisagées, dont aucune ne les satisfait pleinement. Bien des problèmes restent ainsi posés dont ils attendent la solution de recherches expérimentales, humorales et bactériologiques qui apporteront peut-être des précisions que la méthode anatomo-clinique seule n'a pu leur fournir. Tant il est vrai que des constatations nouvelles posent parfois plus de problèmes qu'elles n'apportent de solutions.

René CHARPENTIER.

Les Hallucinations verbales et la parole, par le Dr Daniel LAGACHE, ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure, Agrégé de philosophie (1 vol. in-12, 184 pages, Félix Alcan édit., Paris 1934).

Dans ce très intéressant travail, appuyé de nombreux exemples cliniques, M. D. Lagache, reprenant la question des hallucinations verbales, recherche si on peut vraiment les considérer comme une atteinte des mécanismes du langage, comment aussi la parole propre peut y être méconnue et se déguiser sous l'aspect de paroles étrangères.

Les hallucinations verbales ne sont ni des troubles locaux conditionnés par des lésions du cortex, ni des troubles sensori-moteurs élémentaires de la parole, ni des troubles de l'aptitude à la pensée et à la formulation symboliques. Phénomènes positifs, elles expriment par le langage un désordre à la fois plus général, parce qu'il engage toute la personne, et plus élevé, parce qu'il a pour condition la désintégration des fonctions psychiques supérieures d'initiative, de contrôle et d'intégration. Il n'est pas d'images isolables correspondant au concept de « représentation pure des mots ». Les formulations symboliques ne peuvent être séparées du

©BIUM

comportement global de la personne, et de la pensée. Le verbalisme pur lui-même ne se réduit pas à des images.

L'étude des diverses formes des hallucinations psychomotrices verbales : impulsions verbales, hallucinations motrices verbales complètes, hallucinations kinesthésiques verbales, pseudo-hallucinations motrices verbales, hallucinations graphiques verbales, n'autorise pas à affirmer la nature motrice des paroles étrangères ou imposées, pensées ou senties par les malades. Toute détermination sensitive ou sensorielle peut manquer au contenu idéo-verbal qui les déborde toujours infiniment lorsqu'elles l'accompagnent. Les impressions sensitives concomitantes, confuses ou extérieures au territoire de la parole, ne peuvent être considérées comme le phénomène radical ; le contenu idéo-verbal peut même faire corps avec des mouvements qui sont intérieurs à ce territoire mais sont des mouvements quelconques. Il faut donc chercher le caractère hallucinatoire en dehors des perturbations du mécanisme de la parole.

Après avoir passé en revue diverses formes symptomatiques des hallucinations parlées, M. D. Lagache étudie les hallucinations parlées au cours de quelques états psychopathiques, et dégage un certain nombre de types évolutifs dont il indique brièvement le pronostic.

Faisant la part des superstructures du délire (récit et langage, explications, introspection), l'auteur s'attache ensuite à préciser les rapports des hallucinations parlées avec les conditions affectives, d'une part, l'état de l'intelligence et de la conscience, d'autre part.

Les faits psychopathologiques, comme les faits biologiques, en général, appartiennent à des ensembles dont on ne peut les dissocier sans fausser leur description et leur sens. C'est dans cet esprit qu'il est souhaitable d'étudier et d'interpréter les hallucinations verbales. La parole, virtuelle ou actuelle, est une succession d' « actes verbaux » auxquels sont subordonnées les évocations d'images et les extériorisations motrices. Le sentiment de propriété de la parole est en relation avec l'état de la conscience et avec l'effort, c'est-à-dire une tonalité affective particulière de l'acte. Bien loin d'être le produit de l'intensification mécanique d'images verbales motrices ou auditives, l'hallucination verbale apparaît ainsi comme un acte verbal, virtuel ou actuel, dont le sujet a perdu le sentiment qu'il lui appartient. De cette pseudo-aliénation de la parole, il faut chercher la raison dans la structure de l'état psychopathique, dans l'étape de l'évolution morbide, dans l'histoire de la personnalité.

Une désintégration des fonctions psychiques supérieures, désintégration conçue par M. D. Lagache comme une diminution de la « vigilance de la conscience » (Henry Head), est à l'origine de l'hallucination verbale. Ce phénomène se produit quand la pensée, diminuée dans son pouvoir de coordination et de synthèse, est obscurcie dans la conscience qu'elle a d'elle-même, de ses sources et de ses fins (états de dissociation ; états oniriques et suboniriques, états oniroïdes). Et sans doute parce que la libération des fonctions contrôlées révèle des couches plus profondes et plus anciennes de la personnalité, de l'affectivité surtout, les contenus hallucinatoires contrastent avec les contenus de la pensée vigile.

L'hallucination verbale se rapproche ici des obsessions et des impulsions dont elle est séparée par l'objectivation sociale intentionnelle, contemporaine de la formulation même, et qui, au double point de vue intellectuel et éthique, constitue une auto-régulation dont le succès est proportionnel

©BIUM

à la vitalité du psychisme. De même l'objectivation spatiale traduit une disposition du sujet à « normaliser » son automatisme verbal. La pensée non vigile tend à s'extérioriser dans l'espace et, d'autre part, toute donnée sensitive ou sensorielle immédiate est aisément déplacée par des formulations incoercibles et obsédantes.

L'actualisation motrice des hallucinations verbales sous forme d'hallucinations parlées et de paroles imposées s'accompagne souvent de phénomènes analogues dans l'ordre de la motilité générale et de la mimique. Plus la dissociation mentale augmente, plus l'hallucination tend à se réduire à des attitudes et à des formules stéréotypées. L'actualisation motrice des hallucinations verbales traduit, aussi bien dans les états émotionnels que dans les états de « démence vésanique » ou de « prédémence », un progrès dans la dissolution des fonctions psychiques supérieures dont l'exercice est le propre de la pensée vigile.

Ce livre est une très importante et remarquable contribution à l'étude et à l'interprétation de phénomènes qui, depuis les travaux de Baillarger et les belles études de Séglas et de ses élèves, restent parmi les grands problèmes de la psychopathologie.

René CHARPENTIER.

L'hystérie et l'évolution humaine, par le Dr Maurice DIDE. 1 vol. in-12, 250 pages, in Bibliothèque de Philosophie scientifique, Flammarion éd., 1935.

Ce livre vient à son heure. L'hystérie n'est plus ce qu'elle était autrefois, mais, réduite au seul pithiatisme, elle s'évadait de la psychiatrie dont elle reste, pour une bonne part, inséparable. C'est ce qu'a fort bien compris l'auteur. Loin de critiquer l'œuvre de Babinski, il veut la développer et situer l'hystérie à sa place psychologique, nosographique et sociale. Il ne se contente donc pas d'exposer les caractères de la mentalité hystérique, il cherche surtout une interprétation des faits conforme à sa doctrine psychogénétique. Comme l'indique son titre, à l'occasion de l'anomalie envisagée, il découvre des points de vue sociologiques du plus puissant intérêt, l'étude des rapports entre l'individu et l'ordre social le conduisant à une position aussi éloignée de celle de Freud, que de celle de Durkheim et différant aussi de la philosophie bergsonienne. Grâce à sa vaste érudition et à sa longue expérience, il aborde une foule de problèmes collatéraux. C'est ainsi qu'à propos de la suggestibilité, ce signe capital de l'hystérie, il entreprend une critique serrée de la psychanalyse, dont il ne méconnaît pourtant pas la haute valeur, il traite aussi de la suggestibilité collective, de l'hystérie révolutionnaire ; il examine l'évolution des principes moraux de droit et de justice, l'illusion de liberté, il signale les dangers et les bienfaits de cette suggestibilité. La mythomanie, la fabulation hystérique l'entraîne à nous parler des chansons de gestes, des féeries, des romans policiers, des folklores, formes modernisées des mythes ancestraux et à noter que la tendance mythique dans l'hystérie correspond simplement à une survivance d'infantilisme affectif chez l'adulte. — Mais, tout d'abord, il s'attaque au problème de l'instinct et particulièrement de l'instinct sexuel. Dès ce début, l'hystérie lui apparaît comme une sorte d'anachronisme à l'égard d'un stade donné d'évolution individuelle et collective et ensuite comme une dysgénésie télésexuelle, un état d'insatisfaction subjective ou plutôt d'incapacité à réaliser l'adultisme mental par l'apparition d'une fonction nou-

©BIUM

velle. L'activité de l'hystérique se réduit en somme à une série d'enfantillages, à une comédie, mélange de fourberie et de naïveté, de théâtralisme et de mimétisme, qu'il joue sans que son cœur y prenne part. L'étude des fonctions émotives chez l'hystérique révèle, en effet, la dissociation entre les facultés d'expression et de sentiment. Les explosions de joie et de tristesse, circonscrites par son égoïsme enfantin et sa vanité puérile, sont souvent d'autant plus théâtrales que moins sincères. Toutes ses passions sont factices. La passion du jeu, par exemple, traduit, entre autres choses, une tentative pour provoquer des expressions émotives outrées dans l'espoir de masquer l'insatisfaction sexuelle (on trouvera dans ce chapitre une description pittoresque des salles de jeu et de tripots). L'incertitude passionnelle de l'hystérique éclate encore dans le subit oubli de l'être qu'il semblait chérir la veille. Dans les crimes passionnels commis par les hystériques, l'amour n'intervient qu'accessoirement, c'est presque toujours l'envers d'une passion, l'envie, la jalousie, la haine qui déclenchent le meurtre. La personnalité flottante de l'hystérique, le retour à une étape instinctive elle-même incertaine, le pousse à rechercher, sans le savoir, un refuge dans les formes oniriques de la pensée. Automatiquement, il parera à ses défaillances par une transposition de ses mécanismes mentaux : ceux de l'état de veille surgissent dans le sommeil (somnambulisme), ceux du rêve s'intercalent dans l'état vigile (hypnotisme, catalepsie, paralysies, anesthésies partielles). D'autre part, on remarque chez lui une prédilection pour les états de rêverie et une curiosité pour l'interprétation symbolique des rêves. Cette pensée flottante de l'hystérique se retrouve enfin dans les prétendus dédoublements de la personnalité.

« Arrêtée dans sa maturation, lors de la crise sexuelle qui ne lui a rien révélé, l'idéogénèse hystérique associe donc à des formes vieillies de l'intelligence, spécifiquement conservatrices, les élans indisciplinés de l'énergie vivante, restée superflue et puérile. L'hystérique, de par les aptitudes en quelque sorte infra-humaines de son instinct peut devenir le point de départ de mouvements novateurs. Sa crédulité infantile, son mysticisme anthropomorphique le situent aux époques primaires de l'humanité, alors que son aspect extérieur et ses vices le représentent comme avide d'un modernisme outrancier. Cette juvénilité anachronique contient un élément qui lutte contre le vieillissement rationnel d'une époque. Tout n'est pas négatif dans cette mentalité. L'hystérie se mêlera encore sur notre terre à bien des drames mais aussi à quelques envols ! »

Ce résumé trop sec pour un livre si riche de substance et ces brèves citations ne donnent qu'une bien faible idée de cette œuvre originale qui mérite d'être lue et discutée.

J. Capgras.

Chagrins d'amour et psychoses, par le Dr Constance Pascal, Médecin-Chef des Asiles publics d'aliénés de la Seine (1 vol. in-16, 168 pages, Gaston Doin et Cie, édit., Paris 1935).

Mlle C. Pascal prend soin dès l'abord d'avertir que « la lecture de ce tra-
« vail exige le renoncement complet aux préjugés en vigueur dans la psy-
« chiatrie actuelle : le culte du cerveau viscère, le respect des lois cadavé-
« riques, la recherche obstinée de la signature bactériologique, la foi iné-
« branlable, dépourvue de sens critique, dans la biologie déterministe.
« Objectivement, l'amour psychogène est un faisceau d'émotions hypotoni-

©BIUM

« ques, hypertoniques et mixtes ; il participe à la formation de troubles « organiques et à celle de la psychogénèse ».

Considérant le chagrin d'amour comme un chapitre nouveau de pathologie générale, une forme d'anaphylaxie mentale, une mnémonique émotionnelle spécifique, Mlle C. Pascal repousse « la notion de constitution spécifique basée sur le principe périmé de la fixité, de la personnalité immuable et de la prédestination ». La guerre a fait connaître des syndromes émotionnels qui naissent en dehors de toute prédisposition. L'émotion pathogène est au psychisme ce que l'antigène est à l'organisme. La pathologie émotionnelle de l'amour peut être rangée à côté des psychoses de guerre créées par l'effroi et par la terreur.

Le chagrin d'amour n'est pas seulement un état d'âme triste, inquiet ou révolté, il devient une « Peine organique », un « Mal physique », comme disait La Mettrie. Il est la souffrance générale qui perturbe le sentiment vital, diminue les réactions humorales de défense, arrête ou exagère les sécrétions endocriniennes, déséquilibre à la fois le vague et le sympathique, baisse ou augmente la tension artérielle, la coagubilité du sang, agit sur la température, arrête la leucopoièse, perturbe la réserve alcaline, etc...

La pathologie des Refuges, qui englobe chaque jour des faits nouveaux, nous éloigne de la théorie anthropologique de la dégénérescence et de la conception antibiologique des constitutions. Mais la conception psychologique de Freud « ignore les lois du souvenir ». Contrairement aux idées de Freud, « qui limite le chagrin d'amour à un petit jeu de trappe, refoulement du désagréable dans l'inconscient », les psychoses sexuelles ne sont pas le triomphe de la libido mais sa défaite. La pathologie de l'amour contrarié est à base de panique, d'agression et de révolte ; elle souligne la suprématie du moi. La folie n'est pas une délivrance mais un nouveau mode de souffrance. « La pathologie des camouflages est un mythe littéraire. »

Et, conclut, Mlle le Dr C. Pascal, pourquoi déplorer la férocité du moralisme moderne ? Brider les mauvais penchants, c'est ensevelir le moi de la jungle et étouffer le cri du gorille lubrique. Nous n'avons pas d'autres moyens de discipliner les arriérés psychiques emprisonnés dans le monde des pulsions digestives et sexuelles et d'empêcher qu'ils soient dangereux pour eux-mêmes et pour la sécurité publique.

R. C.

Les peurs pathologiques. Génèse, mécanisme, signification, principes directeurs de leur traitement, par Henri ARTHUS. 1 vol. gr. in-8°, 185 pages, *J.-B. Baillière et fils, Editeurs,* Paris, 1935.

L'étude des peurs pathologiques sert à M. Arthus de point de départ pour aborder les problèmes de physio et de psychopathologie liés à l'anxiété et aux réactions morbides des névropathes obsédés et phobiques. Si la peur est un phénomène normal dans certains cas, elle se manifeste accompagnée de troubles importants chez les hyperémotifs, elle ne se réalise dans sa plénitude pathologique que dans une catégorie de syndromes — l'anxiété — où ses développements et ses nuances forment la base clinique constante, subcontinue des manifestations. Le mécanisme de la peur y apparaît plus complexe, parce que l'examen des faits montre un défaut d'enchaînement logique. L'explication n'est possible que si on fait appel aux données de l'inconscient, de la mémoire affective et du symbolisme morbide. Les essais thérapeutiques découvrent l'étroite intrication des troubles physio-

©BIUM

logiques et mentaux, la nécessité de rééduquer des sujets débilités ayant abdiqué devant les difficultés de la lutte quotidienne pour le maintien d'une vie équilibrée. L'interprétation de M. Arthus est celle de biologistes avertis et des partisans de la doctrine psychanalytique. Elle se heurte aux préjugés des malades et de l'entourage. Elle fait figure d'hypothèse fantaisiste pour nombre de praticiens insuffisamment familiarisés avec le vocabulaire des spécialistes, aujourd'hui trop profondément marqué par les conceptions freudiennes. Le livre de M. Arthus contribuera-t-il à les éclairer ? Il est en général aisé de séduire les esprits par l'ingéniosité des explications, mais il est plus délicat de convaincre sur ce terrain difficile où l'action personnelle du médecin spécialiste supplée à l'incertitude de la technique et où la résistance instinctive neutralise les efforts apparents du sujet.

P. CARRETTE.

Sciences occultes et déséquilibre mental, par le Dr Philippe ENCAUSSE (1 brochure in-8°, 200 pages, *Editions Pythagore*, Thèse Paris 1935).

Dans cette thèse, le Dr Philippe Encausse, fils du Dr Gérard Encausse (Papus), conclut que les sciences occultes peuvent conduire au déséquilibre mental. Il donne sur cette question les réponses d'un certain nombre de psychiatres et de savants, consacre quelques chapitres au spiritisme, à l'occultisme, aux « dangers de la magie », et donne un certain nombre d'observations médicales.

Dangereux par l'ambiance de certaines séances, le spiritisme l'est aussi par l'entraînement à l'automatisme, au dédoublement de la personnalité, des pratiques médiumniques. Les pratiques magiques peuvent aussi, et surtout chez des prédisposés, faire éclore des troubles mentaux. Telles sont les conclusions du Dr Philippe Encausse qui s'élève avec force contre le nombre et le danger de « pseudo-voyants » et de « prétendus astrologues » qui ont sur l'équilibre psychique des débiles et des déséquilibrés une influence déplorable.

L. R.

La paralysie générale chez l'enfant. Etude clinique, par le Dr Jacques DEVALLET, interne des asiles de la Seine. 1 brochure in-8°, 98 p. *Joure Editeur*. Thèse Paris, 1935.

Le syndrome clinique de la paralysie générale infantile se différencie nettement de celui de la paralysie générale juvénile du fait que l'affection frappe un cerveau en formation et anéantit des facultés à peine ébauchées.

La paralysie générale infantile est une affection d'origine syphilitique ; syphilis héréditaire presque toujours, exceptionnellement acquise. Elle survient généralement chez des enfants bien développés ; elle peut apparaître d'emblée chez des enfants de 8 à 12 ans, plus rarement elle évolue en deux temps, l'un d'arriération, l'autre de régression. Favorisée par une prédisposition héréditaire, elle serait déterminée par une syphilis évoluant irrégulièrement et n'atteignant pas son stade allergique. La puberté active son éclosion ou son évolution.

Elle évolue sans délire dans la presque totalité des cas ; c'est une déchéance pure. Cependant, l'on observe parfois un délire mégalomaniaque,

©BIUM

avec généralement « de petites idées de grandeur », plus rarement un délire hypocondriaque, pouvant même s'accompagner d'idées de négation.

Les symptômes physiques sont remarquablement précoces et intenses ; les ictus, les troubles paralytiques et cérébelleux y sont fréquents. L'examen humoral ne donne pas toujours des résultats franchement positifs alors que les lésions anatomiques sont les mêmes que celles de la forme adulte et souvent caractérisées par une extraordinaire intensité.

Thèse bien étudiée et bien présentée, contenant une bibliographie étendue ; sa lecture est à recommander à tous les candidats au médicat des asiles.

Roger DUPOUY.

Manuel de Psychiatrie (Manual de Psiquiatria), par le Dr Emilio MIRA Y LOPEZ. 1, vol., in-8°, 750 pages et 60 illustrations, 1re édition, *Salvat Editeurs, S. A.*, Barcelone, 1935.

Nous avons lu pendant des années des Manuels de Psychiatrie conçus sur des plans presque identiques. L'évolution des procédés didactiques était commandée par d'impérieuses nécessités nosologiques. L'expérience toujours plus nourrie permettait d'ajouter au pittoresque à chaque édition nouvelle. Toutefois, les sciences exactes imposaient aussi leurs méthodes. On proclamait le bienfait de leur collaboration. Par ailleurs, la sociologie et la psychologie intégraient leurs données à l'étude de la pathologie mentale. Chaque année nous apportait des traités de psychiatrie augmentés de chapitres nouveaux, mais un certain conformisme semblait limiter les initiatives. Le Manuel du *Dr Mira*, professeur de psychiatrie à la Faculté de Barcelone, arrive à son heure et nous cause une heureuse surprise. Les plus pessimistes, les esprits critiques les plus sévères ne pourront nier la présentation originale de ce travail qui montre d'emblée, sans verbalisme, l'énorme et profitable labeur entrepris par les psychiatres depuis le début du siècle. Il s'adresse à tous les médecins et il plaira aux spécialistes. Il est très personnel, très moderne dans sa technique, ses rappels bibliographiques et il n'omet rien des notions classiques assises sur l'observation de nos grands cliniciens.

Ces caractéristiques, il nous serait aisé de les retrouver dans les deux parties de l'ouvrage, dans la psychiatrie générale comme dans la partie spéciale traitant des différents syndromes. S'il n'est pas possible de les passer en revue dans le cadre d'une simple analyse, quelques exemples suffiront à indiquer la méthode, le plan et les idées dominantes. Ainsi, l'éducation du lecteur, amorcée par des notions générales de psychologie sur le développement psychique et l'exploration des fonctions, se poursuit par l'exposition de leurs perturbations, les moyens de les reconnaître et d'en préciser les causes. Ici et là, les conceptions de Janet, de Freud, de Kræpelin ou de Bleuler s'affirment. On n'imaginerait pas en 1935, une étude des fonctions générales de la personnalité omettant l'adaptation et la compensation idéo-affective, la rationalisation et la sublimation. Le livre de M. Mira n'est qu'un Manuel et cependant les notions importantes en ces matières y figurent sans obscurité, mais aussi sans développement inutile. Au chapitre de l'activité délirante, nous trouvons les témoignages d'une vaste expérience clinique, de même que dans les recherches sur la pathologie de l'affectivité et de l'activité.

Par une heureuse transition, nous passons de la psychiatrie générale à la psychiatrie spéciale, grâce à un regroupement des notions exposées dans les

©BIUM

diverses classifications modernes les plus connues. Le procédé didactique de M. Mira pour la description analytique est simple et logique. Il garde au mot démence son sens précis et limité d'affaiblissement constant et progressif, hors duquel il cesse d'être un concept valable et il décrit les oligophrénies, les états d'involution et les formes d'affaiblissement intellectuel liées à l'épilepsie, à l'alcoolisme, aux tumeurs. Pour ne pas préjuger de la valeur des réactions psychopathiques observées, l'auteur décrira ensuite les autres formes mentales d'après leurs conditions étiologiques et pathogéniques sous la dénomination uniforme de « psychoses », indiquant simplement que l'état démentiel peut être une de leurs formes évolutives terminales. Il y aura des personnalités psychopathiques en rapport avec des constitutions ; des psychonévroses et leurs manifestations fonctionnelles très variées ; des psychoses réactives, traumatiques et « de situation ». La conception de l'auteur accorde un grand développement aux états toxi-infectieux. Les psychoses exotoxiques ouvrent la voie, puis viennent les psychoses endotoxiques et infectieuses, plus particulièrement les psychoses syphilitiques et tuberculeuses. Il en reste quelques autres et non des moindres. Les travaux récents ou les discussions dogmatiques les ont mises en une telle évidence qu'il est indispensable de les traiter séparément, tout en se gardant d'adopter à leur endroit une attitude critique — le point de vue théorique n'est exposé qu'à titre documentaire et historique — : ce sont les psychoses épileptiques, la psychose maniaque-dépressive, les psychoses schizophréniques (étude analytique — formes cliniques — évolution des syndromes qui, dans la plupart des cas d'atteinte sévère aboutissent à l'un des types de démence précoce), les psychoses paraphréniques et paranoïaques.

Les dernières pages sont consacrées à l'assistance, à la thérapeutique d'ensemble et à la prophylaxie. Une série d'appendices fournit des moyens d'enquêtes, des tests, des indications législatives. La bibliographie est habilement spécialisée par une division donnant les références correspondant dans chaque chapitre, à la littérature espagnole d'une part et étrangère de l'autre.

José Sanchis Banus n'a pas eu le temps de donner aux médecins de son pays un traité de Pathologie mentale digne de son talent et de sa vaste expérience. La mort l'a enlevé prématurément à la Psychiatrie, mais l'admiration et l'amitié qui ont inspiré son brillant élève, le professeur Mira y Lopez, nous valent aujourd'hui la réalisation de l'idéal qu'il s'était proposé.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

Le Tabou de l'inceste. Étude anthropologique, par Lord RAGLAN, Président (1933) de la Section d'Anthropologie de l'Association Britannique pour l'Avancement des Sciences. *Traduit de l'anglais par L. Rambert* (Un vol. in-8°, 224 pages, in *Bibliothèque Scientifique*, Payot édit., Paris 1935).

Dans ce livre, plein de vues originales et d'une documentation abondante, Lord Raglan, étudiant le mythe d'Œdipe, repousse toutes les théories qui ont, jusqu'ici, voulu expliquer l'origine de la prohibition de l'inceste. Il conclut que le « tabou de l'inceste » est d'origine magique et n'a pour fondements ni la raison, ni l'instinct, ni la religion.

©BIUM

Il met en évidence le nombre, la variété, les contradictions des théories émises jusqu'ici, les erreurs qu'elles comportent, les objections qu'elles appellent. Consacrant un chapitre spécial aux idées de Freud dans lesquelles il signale deux théories différentes et même contradictoires sur l'origine de la prohibition de l'inceste, Lord Raglan déclare dépourvue de tout fondement l'opinion émise par Freud que les sauvages considèrent leurs totems comme « le substitut des pères » et le parricide comme le plus effroyable des crimes. Le complexe d'Œdipe, clef de voûte de tout le système, peut exister chez certains civilisés névropathes, comme « une des nombreuses conséquences de la stimulation et de la répression simultanées de l'appétence sexuelle, qui sont un des traits de notre système social », mais il n'a jamais été possible de le découvrir chez les sauvages.

La traditionnelle aversion de l'humanité pour les unions consanguines, d'origine purement rituelle et mythique, doit être étudiée par rapport à d'autres tabous, en particulier par rapport à ceux qui intéressent les relations entre les sexes. Lord Raglan l'explique par une prohibition magique et par des préoccupations très utilitaires, d'ordre agricole. A la base, il y avait un rite de création, accompagné de sacrifice humain et qui, selon l'auteur, formait le centre d'un système magico-religieux développé, il y a de nombreux millénaires, dans un centre de civilisation qui fut probablement l'Egypte. De là ce rite de création se répandit dans le monde entier et il est possible de le reconstituer au moyen des rites de création et des mythes recueillis par la littérature ou qui existent encore.

De cette nouvelle théorie, l'auteur ne prétend pas avoir fait la preuve. Conjecture qu'il considère comme plausible, elle diffère à ses yeux de celles qui l'ont précédée par une étude attentive, critique et comparative des témoignages qui existent, et l'ambition d'embrasser tous les faits qui ont besoin d'être expliqués. Ce n'est pas, ajoute-t-il, en se bornant « à tâcher de deviner comment un boursier se comporterait si on l'abandonnait tout nu dans la forêt primitive » que l'on pourra acquérir la connaissance des origines de l'humanité.

René CHARPENTIER.

Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité, par le Dr S. NACHT, Chef du laboratoire de psychothérapie et psychanalyse à la Faculté de Médecine de Paris (1 vol. in-16, 326 pages, Félix Alcan édit., Paris 1935).

On trouvera réunies dans ce livre une série de conférences et de publications antérieures de l'auteur sur la doctrine de Freud et ses applications. Un exposé résumé des conceptions psychanalytiques des névroses et des psychoses est suivi de trois chapitres consacrés aux troubles de la sexualité, dans lesquels M. S. Nacht étudie successivement le problème sexuel dans ses rapports avec la vie sociale, les diverses modalités d'impuissance et de frigidité, les perversions sexuelles. Viennent ensuite des chapitres consacrés à l'exposé et à la discussion de cas concrets, tels que la psychanalyse d'un cas d'homosexualité, en collaboration avec M. J. Vinchon, et la psychanalyse d'un cas de névrose obsessionnelle. Sont ensuite passés en revue la structure inconsciente des psychoses (structure des délires, structure de la schizophrénie), les facteurs psycho-affectifs dans la genèse des états hallucinatoires, le rôle de la pensée magique dans le rêve, et les facteurs psychanalytiques de l'adaptation sociale de l'en-

©BIUM

fant. Se basant sur ce fait que c'est par l'analyse des névrosés adultes que Freud a établi ses théories sur la sexualité infantile, M. Nacht en conclut que l'on peut « très bien » connaître les enfants en analysant les adultes.

Ce livre se termine par un court chapitre consacré à la pratique médicale de la psychanalyse. La conclusion de l'auteur est que la cure psychanalytique, dont le but est de rendre le sujet conscient du conflit psychique refoulé, présente des difficultés matérielles d'application telles qu'il faut la réserver aux « graves » névroses obsessionnelles, hypocondriaques, états anxieux, troubles du caractère et perturbations de la vie sexuelle. La technique actuelle est difficilement applicable aux psychoses.

L. R.

NEUROLOGIE

Les ramollissements protubérantiels. Etude clinique et anatomique, par J.-O. TRELLES. 1 volume in-8°, 306 pages, 100 figures, J. Doin, Edit., *Thèse Paris* 1935.

Si depuis de longues années, les neurologistes ont remarqué la grande fréquence des foyers de désintégration vasculaire dans la masse de la protubérance annulaire, jusqu'ici aucun travail d'ensemble n'a présenté le problème des ramollissements pontiques dans sa complexité et dans sa variété.

C'est pourquoi l'ouvrage de J.-O. Trelles marque véritablement une date en neuropathologie.

Après avoir rappelé les travaux des premiers observateurs des foyers nécrotiques protubérantiels, en particulier Oppenheim et Siemerling, et avoir analysé le travail de Ch. Foix et Hillemand, Trelles expose, au double point de vue clinique et anatomique, les syndromes liés à la destruction malacique d'une zone plus ou moins étendue de la protubérance.

Les ramollissements pontiques, avons-nous vu, apparaissent de la plus grande fréquence, surtout dans l'âge avancé ; conséquence de l'artériosclérose et spécialement de l'arthéro-sclérose du tronc basilaire, on ne doit pas être surpris si la syphilis, le saturnisme et l'hypertension artérielle comptent parmi les agents étiologiques les plus fréquemment relevés.

Une des plus banales manifestations des foyers pontiques est, sans conteste, l'hémiplégie. Affectant les membres opposés au siège du foyer malacique, la paralysie peut atteindre, comme dans l'hémiplégie capsulaire, la face et les membres, mais fait curieux, assez souvent, le membre inférieur apparaît plus atteint. L'évolution de cette hémiplégie ne se différencie guère de celle des hémiplégies cérébrales banales et le diagnostic se montre souvent très difficile. Deux faits sont à retenir : l'absence de phénomènes cérébelleux directs ou contro-latéraux et l'absence absolue de tout trouble du langage lorsqu'il s'agit d'une hémiplégie droite chez un droitier. Ce dernier symptôme négatif permet souvent de porter un diagnostic de localisation. Notons, enfin, la rareté des perturbations de la sensibilité objective ou subjective.

La raison des particularités que nous venons de rappeler se trouve dans la topographie même des lésions. Celles-ci apparaissent de nature malacique et secondaires à l'oblitération d'une des branches qui se détachent du tronc basilaire : para-médianes, circonférencielles courtes et circonférencielles lon-

©BIUM

gues. Or, ces vaisseaux, directement branchés sur l'artère basilaire, s'épanouissent en avant du plan du Ruban de Reil médian, leur oblitération n'atteint guère la région de la calotte irriguée, ainsi que Foix et Hillemand, d'une part, Schuster et Macdonald Critchley d'autre part, l'ont montré, par des collatérales de l'artère cérébelleuse, supérieure et postérieure. Il est également à remarquer que les foyers du pied protubérantiel n'atteignent que très peu les fibres du pédoncule cérébelleux moyen et ménagent les fibres du trijumeau.

Dans le cas où le foyer malacique créé par la sténose ou l'oblitération d'une artère paramédiane ou circonférencielle courte se limite à la partie dorsale du pied, la paralysie frappe seulement le membre inférieur.

Néanmoins, cette monoplégie crurale se montre exceptionnelle, beaucoup plus fréquente apparaît la *paraplégie* protubérantielle. Celle-ci peut prendre tous les caractères de la paraplégie spinale la plus typique ainsi qu'en fait foi une observation de Trelles, où l'on voit la paralysie se compliquer de troubles de la sensibilité profonde, de perturbations de la coordination motrice et où l'étude microscopique décela l'existence d'un double foyer symétrique situé à la partie dorsale du pied protubérantiel.

Trelles rapporte également une observation des plus curieuses, dans lesquelles apparaît, mise en pleine lumière, l'influence des troubles circulatoires sur la réflectivité cutanée et spécialement sur le signe de Babinski. Chez un malade atteint de paraplégie pontique absolument pure, un double signe de Babinski apparaissait seulement pendant les périodes d'insuffisance cardiaque. Dès que le fonctionnement du cœur n'était plus troublé grâce à l'influence des toni-cardiaques, l'excitation plantaire déterminait une flexion typique des orteils.

Le diagnostic de cette variété de paraplégie semble donc de la plus grande difficulté ; en fait, dans de nombreux cas, la prudence est la règle. Toutefois, Trelles montre que l'analyse exacte de l'évolution de la maladie et des symptômes élémentaires qui la constituent permet assez souvent d'établir un diagnostic topographique. Tout d'abord, il est plutôt exceptionnel que la paraplégie pontique s'établisse lentement, progressivement à la manière des paraplégies spinales ; son évolution se montre coupée de poussées et, bien souvent, avant d'être un paraplégique, le malade est un monoplégique crural ; de plus, de légers troubles de la motilité et de la réflectivité du membre supérieur dénonçent que ce ne sont point seulement les fibres crurales du F. pyramidal qui ont été atteintes, mais celles aussi destinées à l'innervation du membre thoracique. Les troubles de la sensibilité, si communément relevés chez les paraplégiques médullaires, font le plus souvent défaut chez les paraplégiques protubérantiels ; il en est de même des troubles sphinctériens. Il est à peine besoin d'ajouter que les modifications de l'articulation verbale comptent parmi les signes les plus sûrs de l'atteinte protubérantielle.

La paraplégie d'origine pontique comporte, on le voit, un grand intérêt clinique, mais cette variété de paralysie localisée pose un problème anatomique non moins captivant.

Si un double foyer symétrique protubérantiel est capable de réaliser un tableau clinique semblable à celui de la paraplégie spinale, il faut admettre, *a priori*, que les fibres destinées à l'innervation du membre inférieur sont distinctes de celles qui sont destinées au membre supérieur. Or, l'on sait que l'immense majorité des anatomistes admet que, dès le défilé thalamo-strié, les fibres du faisceau pyramidal sont mélangées et que d'après Pierre

©BIUM

Marie et Guillain, toute lésion capsulaire, si minime soit-elle, produit toujours une hémiplégie globale.

En réalité, ainsi que le montre Trelles, grâce à une étude anatomique très exacte poursuivie sur de nombreux cas, la thèse classique apparaît trop schématique et doit être modifiée. Dans un cas, Trelles a pu observer la dégénération limitée aux fibres dorsales du faisceau pyramidal pontique, dégénération qui se poursuivait systématisée sur le plan profond des pyramides bulbaires ; dans la moelle, toute systématisation s'était effacée.

Les ramollissements protubérantiels étant liés à l'athéro-sclérose du tronc basilaire, il eût été surprenant que l'on n'eût pas à relever dans de nombreux faits la survivance de foyers protubérantiels multiples et disséminés. La réalité a montré la vérité de cette hypothèse. Chez les vieillards, et surtout peut-être chez les syphilitiques, la protubérance apparaît littéralement criblée de foyers malaciques d'inégales dimensions et de sièges variés.

Tout de même que pour le corps strié, la désintégration du parenchyme nerveux apparaît, tantôt directement *périvasculaire*, tantôt *paravasculaire*.

La confluence de ces foyers détermine souvent une dégénération accusée des fibres de projection cortico-bulbo-spinales, dont la traduction clinique apparaît sous la forme de syndrome pseudo-bulbaire. Tantôt, aux phénomènes dysarthriques, dysphoniques et dysphagiques se joignent des modifications importantes de la motricité des membres, tantôt se montrent des perturbations de la coordination, dans quelques cas tellement accusés qu'ils ont autorisé à décrire une *forme cérébelleuse* de la maladie pseudo-bulbaire.

Dans un dernier chapitre, et non le moins important, Trelles reprend complètement le problème des myoclonies vélo-palatines, de ce que l'on a appelé le nystagmus du voile. Le symptôme principal consiste dans la succession ininterrompue de secousses cloniques des muscles pharyngés et palatins, accompagnées parfois de clonies analogues du larynx, de la face, du cou et même d'un membre supérieur. On le sait, pour Ch. Foix et ses élèves, le nystagmus du voile a pour répondant anatomique la lésion du faisceau central de la calotte ; et de fait, de nombreuses autopsies ont confirmé cette vue. Toutefois, si Trelles a pu lui-même observer la dégénération du faisceau central dans des cas de nystagmus du voile, il a été frappé par d'autres faits, dans lesquels les myoclonies vélo-palatines s'avéraient indépendantes de cette lésion.

A reprendre la littérature déjà copieuse sur ce sujet, on remarque que l'altération la plus constante est celle des olives bulbaires ou des faisceaux qui en émanent (fibres cérébello-olivaires et olivo-cérébelleuses). L'opinion avertie de Trelles se rapproche ainsi singulièrement de la thèse défendue par G. Guillain et ses élèves ; cependant, Trelles tient à faire porter un accent particulier sur les modifications olivaires. Contrairement aux auteurs qui, les premiers, ont observé l'hypertrophie des olives, Trelles démontre qu'il ne s'agit point ici de pseudo-hypertrophie, mais de véritable hypertrophie avec hyperplasie des cellules olivaires. C'est là une notion originale qui ouvre un aperçu nouveau sur les modalités réactionnelles des cellules nerveuses. Il semble que les neurones olivaires réagissent à la manière des cellules sympathiques ou des neurones des ganglions rachidiens postérieurs.

L'espace nous manque pour indiquer tout ce que contient ce chapitre si attachant pour tout neurologiste, et nous ajouterons pour tout biologiste. Nous en aurons assez dit cependant pour inciter tous ceux qui se préoccupent des choses de la neuropathologie, à lire et à méditer l'ouvrage de J.-O. Trelles, qui demeurera un maître-livre, ce qui est rare aujourd'hui.

J. LHERMITTE.

©BIUM

Nouveau Traité de Médecine, publié sous la direction de G.-H. ROGER, Fernand WIDAL, P.-J. TEISSIER, *fascicule XX.* — **Pathologie du système nerveux (bulbe, nerfs craniens, méninges, moelle)** (1 vol. in-8°, 1.000 pages, 182 fig., 11 planches dont 3 en couleurs, Masson et Cie édit., Paris 1935).

Ce tome XX est le dernier volume de l'important *Traité de Médecine* publié sous la direction des Professeurs *G.-H. Roger, Fernand Widal* et *P.-J. Teissier* et dont on sait le grand succès, tant en France qu'à l'étranger. Beaucoup des fascicules de ce Traité ont déjà été l'objet de rééditions successives qui, le mettant continuellement à jour, en font un exposé très complet de l'ensemble des connaissances médicales actuelles.

Quatre de ces volumes, les fascicules XVIII, XIX, XX et XXI, ont été consacrés à la *pathologie du système nerveux,* formant un ensemble de près de 4.000 pages abondamment illustrées. Le tome XX, le dernier paru, est consacré à la pathologie du bulbe, des nerfs craniens, des méninges et de la moelle. Il contient les remarquables articles de MM. *Guillain* et *Alajouanine* sur la pathologie du mésencéphale, de M. *J. Froment* sur la pathologie des nerfs craniens, de MM. *J.-A. Sicard* et *J. Haguenau* sur la pathologie des méninges, de M. *O. Crouzon* sur les scléroses combinées, de M. *Th. Alajouanine* sur la syringomyélie, de M. *Ch. Chatelin* sur la syphilis de la moelle. C'est dans ce volume que l'on trouvera les importantes contributions à l'étude de la pathologie médullaire du regretté *André Léri,* en collaboration avec MM. *J. Thiers* et *J.-A. Lièvre,* notamment sur les compressions et sur les commotions médullaires, sur les troubles sphinctériens et génitaux, sur l'hématomyélie, les abcès de la moelle, les myélites aiguës, le tabes, les atrophies musculaires progressives spinales, la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose en plaques. R. C.

Le sinus carotidien et la circulation cérébrale. Étude anatomique, expérimentale et clinique (The Carotid Sinus and the Cerebral Circulation. An Anatomical, Experimental and Clinical Investigation), par Erik ASK-UPMARK. 1 vol., in-4°, 374 pages. *Acta Psychiatrica et Neurologica, supplément VI, Levin et Munksgaard Editeurs,* Copenhague, 1935.

Nos manuels classiques d'anatomie présentent l'artère carotide interne comme un canal de calibre uniforme, sans collatérales jusqu'à la naissance de l'ophtalmique. Ses variantes et ses particularités restèrent longtemps des sujets de controverses. Il a fallu un concours de circonstances : recherches pharmacodynamiques, essais d'artériographie cérébrale, impulsion donnée aux tentatives de précision des voies centrales du système neuro-végétatif pour aboutir à la description de Héring en 1924. La découverte du sinus carotidien n'apparaît donc pas comme un résultat fortuit d'expérimentation sur l'influence exercée par les pressions neuro-vasculaires cervicales sur les mouvements du cœur. Elle met au point un fait discuté depuis des siècles. Il existe bien à la naissance de la carotide interne une légère dilatation, un bulbe, qui n'est pas une formation anévrysmale, mais le vestige de l'artère du 3e arc branchial. Son équivalent anatomique se retrouve dans toute la série des vertébrés suivant les dispositions de l'artère occipitale et l'importance relative de la carotide externe, de la carotide interne et de la vertébrale dans les différentes espèces. La région du sinus est abondamment innervée. Le glosso-pharyngien, le vague et le sympathique y contribuent.

©BIUM

Le document anatomique étant devenu indiscutable, toute un série de déductions et d'hypothèses cliniques, d'expérimentations hydrodynamiques devaient suivre. M. Ask-Upmark nous donne aujourd'hui un aperçu très complet de l'état de la question, grâce à une bibliogaphie extrêmement fouillée et surtout à de patientes recherches personnelles. Les conditions de la circulation cérébrale sont précisées. Le rete mirabile carotidum prend toute sa signification. Le rôle du réseau pial s'éclaircit. L'influence du sinus carotidien, son mécanisme régulateur et ses voies réflexes expliquent certaines modifications de la pression sanguine, de la tension du liquide céphalo-rachidien et de la respiration. L'interdépendance du réseau pial et des nerfs du sinus carotidien régularise la circulation cérébrale. Les effets de certaines tumeurs ponto-cérébelleuses, la pathogénie de quelques épilepsies dites essentielles, les accidents de telle artériographie ou de telle intervention chirurgicale qui n'a pas ménagé les dépresseurs reçoivent, grâce aux expériences et aux observations de M. Ask-Upmark, de satisfaisantes explications.

P. CARRETTE.

Paralysies associées des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne, par Henri GAUBERT. 1 vol. in-8°, 121 p., Bosc et Riou, Edit. à Lyon. *Thèse Nancy,* 1935.

Par un bref rappel anatomique des orifices basilaires et de leur contenu, l'auteur fixe avec une clarté remarquable pour chaque groupe d'émergences nerveuses, le diagnostic topographique correspondant à un groupe paralytique caractéristique et toujours le même.

Les syndromes paralytiques partiels ainsi isolés sont nombreux, comme les auteurs qui y ont attaché leur nom. Ils peuvent réaliser une infinité de combinaisons, tendant par juxtaposition à produire des paralysies multiples, étendues, qui progressent en avant ou en arrière du syndrome pur.

La cause systématiquement attribuée à ces paralysies associées est le néoplasme basilaire, caractérisé depuis R. Garcin par l'absence d'hypertension intra-cranienne, de troubles sensitivo-moteurs dans le domaine des membres et l'absence de stase papillaire, enfin par l'unilatéralité.

L'origine de telles tumeurs du plancher, dont l'auteur donne seize observations, est exogène (néoplasies perforantes depuis le rhino-pharynx, ou métastases), ou endocrinienne, à partir d'un élément quelconque de la base.

Le diagnostic étiologique : méningite basilaire syphilitique, affections bulbo-protubérantielles, polynévrites des nerfs craniens, traumatismes, est l'objet de nombreuses pages et complété par un code indispensable et précis des examens radiographiques de la base du crâne.

Travail clair, exécuté à l'hôpital de la Charité, à Lille, dans le service du professeur Langeron, et présenté comme thèse inaugurale devant la Faculté de Nancy.

Maurice CHAVAROT.

Les complications nerveuses de la rougeole, par Charles GRUNINGER. 1 vol. in-8°, 108 p., Thomas, Edit., *Thèse Nancy* 1935.

C'est à partir de deux observations de MM. de Lavergne et Accoyer que l'auteur a constitué, avec des apports bibliographiques très copieux, une revue générale des complications nerveuses et mentales de l'infection mor-

©BIUM

billeuse. Si les formes mentales pures sont rares, beaucoup d'observations signalent des troubles psychiques importants au cours de l'évolution ou comme séquelles.

Dans 0,4 à 0,5 % des cas, le rougeoleux devient justiciable de la clinique neurologique. Après Van Bogaert, Ford, Greenfield, Finkelstein, et autres, l'auteur décrit des syndromes qui apparaissent en général à la fin d'une éruption dont l'intensité n'intervient pas dans l'étiologie des troubles nerveux. Le neuropsychiatre peut être appelé à diagnostiquer les *formes cliniques* suivantes, de pronostic très variable : encéphalites pures (formes apoplectiques, disséminées, mentales pures, hémiplégiques, centrales, oculaires) ; myélites pures ; méningites pures ; névrites périphériques ; et enfin les *formes associées*, de beaucoup les plus nombreuses (méningo-encéphalites, encéphalo-myélites, méningo-encéphalo-myélites).

L'anatomie pathologique permet de distinguer les encéphalites de la rougeole de l'encéphalite épidémique. L'examen du liquide céphalo-rachidien (lymphocytose fréquente, benjoin particulier dont la zone de floculation va en se rétrécissant progressivement) est intéressant, mais le laboratoire ne renseigne pas actuellement sur la pathogénie.

Réfutant la théorie otogène de Renaud et la théorie dualiste d'un virus neurotrope surajouté à l'infection morbilleuse, le Dr Gruninger semble s'attacher à une action spécifique de l'agent causal de la rougeole et reprend les preuves données par Van Bogaert en faveur de ce processus allergique.

Le traitement est uniquement symptomatique et anti-infectieux. Le sérum de rougeoleux convalescent a été utilisé avec succès, mais l'expérience n'est pas encore suffisante.

M. CHAVAROT.

BIOLOGIE

Contribution à l'étude de la composition minérale du plasma sanguin de l'homme dans certains états neuro-psychiatriques, par le Dr Louis CAILLARD, élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire, Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie (1 brochure in-8°, 96 pages, Bosc frères, M. et L. Rion éditeurs, Thèse Lyon 1933).

Laborieux et consciencieux travail de l'Hôpital Militaire Desgenettes entrepris sous la direction du Professeur A. Leulier et du Professeur Pommé. Après avoir déterminé le taux du calcium (0,095 à 0,110) et du potassium (0,20) dans le sang, à l'état normal, M. Louis Caillard a recherché ce que devient ce taux dans le sommeil et dans certains états neuro-psychiatriques.

L'influence de la concentration du plasma en ions calcium et potassium invoquée à l'appui d'une théorie de la narcose (Hans Fischer) apparaît très problématique. Dans les expériences de M. L. Caillard sur le sommeil anesthésique, le calcium et le potassium oscillent dans les limites prénormales, dans un sens ou dans l'autre, sans qu'il soit possible de conclure.

Les résultats ne sont pas plus probants dans les états dépressifs, ni dans les états d'excitation psychique, ni dans l'encéphalite épidémique à forme léthargique, ni dans l'épilepsie.

Dans les états fébriles on note généralement une diminution du taux du

©BIUM

potassium, le calcium restant normal. Dans les états maniaques avec excitation physique, on voit une diminution parfois considérable du potassium alors que le calcium peut être légèrement augmenté.

De ses dosages personnels, l'auteur conclut que, la plupart du temps, le sang maintient sa composition minérale dans des limites étroites. Si des résultats ont été donnés à l'appui de certaines théories, M. L. Caillard estime que ces résultats sont le fait de techniques infidèles.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les hommes de 15 à 25 ans (Männer zwischen 15 und 25 Iahren), enquête d'hygiène mentale, sur la schizophrénie en particulier, par Trygve Braatoy. 1 vol. de 148 pages, cher Fabritius et Sonner édit., Oslo 1934.

La schizophrénie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. Chez l'homme elle débute le plus fréquemment entre 20 et 30 ans, alors que chez la femme l'âge de prédilection est entre 30 et 40 ans. La courbe de fréquence du début de la schizophrénie marque chez l'homme une ascension brusque à partir de 15 ans, elle atteint son sommet à 25 ans, elle descend rapidement après 30 ans. Des statistiques faites en Norvège et dans d'autres pays ont permis de démontrer qu'il s'agit là d'un phénomène général, et d'ailleurs propre à la schizophrénie. En effet, la courbe est différente pour les psychoses maniaco-mélancoliques, dont le début est plus tardif, différente pour la mortalité et la morbidité en général, qui sont particulièrement basses pendant cette période de l'existence. La ressemblance avec la courbe de fréquence du début de la tuberculose, constatée en Norvège, n'est qu'apparente ; en effet, en ce qui concerne cette maladie, les courbes diffèrent dans les divers pays étudiés. D'autre part, la fréquence relative de la tuberculose dans les milieux urbains et ruraux est l'inverse de celle de la schizophrénie qui est plus fréquente dans les populations des villes.

Les psychiatres ont, pendant trop longtemps, délaissé les études sociales, or ce sont les conditions de son existence sociale qui exposent l'homme à la schizophrénie, tout particulièrement entre 15 et 25 ans. La courbe de fréquence de la schizophrénie par rapport aux différents âges ressemble étrangement, se superpose à celles de l'émigration et de la criminalité. Or l'émigration, qu'il s'agisse de celle à l'étranger ou simplement de celle des campagnes vers les villes, est un des aspects de la fuite de l'individu devant une réalité ambiante hostile ; n'a-t-on pas considéré également la schizophrénie comme une fuite devant cette réalité, dans la psychose ? La criminalité représente la forme agressive de réaction contre la réalité hostile.

La période comprise entre 15 et 25 ans est la phase la plus critique de l'existence sociale de l'homme. Chez la majorité une véritable révolution se produit vers 15 ans. Ecoliers jusque là, dépendants du foyer paternel, ils sont du jour au lendemain obligés de gagner leur vie, ils sont devenus des adultes au point de vue social. Ils ne s'adaptent que peu à peu à ces nouvelles conditions de leur existence, et souvent la recherche du gain, d'une situation sociale, s'avère très difficile. Les fluctuations des conditions économiques : misère, crises, chômage, augmentent les difficultés et

©BIUM

atteignent particulièrement les jeunes, ceux entre 15 et 25 ans. Les statistiques prouvent que la schizophrénie, la criminalité, l'émigration sont moins fréquentes dans les pays prospères que dans les pays pauvres, moins fréquentes dans un même pays pendant les périodes de prospérité que pendant les périodes de crise.

L'auteur effleure deux autres problèmes : celui de l'augmentation de fréquence en général de la schizophrénie, et celui de la schizophrénie pendant la guerre. Sur le premier on ne peut se prononcer encore. Les statistiques anciennes n'ont pas été faites dans les mêmes conditions doctrinales que celles d'aujourd'hui. Le terme schizophrénie y figure trop peu. Quant au deuxième, c'est surtout d'Allemagne qu'est venue cette affirmation que pendant la guerre les cas de schizophrénie, et de psychoses en général, n'ont pas été plus nombreux qu'en temps de paix, qu'ils n'ont pas été plus fréquents, notamment, chez les combattants. En réalité, la question est complexe. La qualité de soldat, de combattant, est précisément pour beaucoup d'hommes une solution des difficultés sociales, et en ce qui concerne les non combattants il faut penser à la grande prospérité du marché du travail en temps de guerre.

L'âge de prédilection pour le début de la schizophrénie est plus tardif chez la femme, où la courbe atteint son point culminant à 30 ans, et se maintient à ce niveau jusque vers 40 ans. Les conditions sociales différentes de l'existence de la femme expliquent cette particularité. La phase critique de la vie des femmes commence, pour beaucoup du moins, à 30 ans ; pour les unes c'est l'adaptation à la vie de foyer ; pour les autres c'est la résignation au célibat et à la solitude ; or les psychoses schizophréniques sont plus fréquemment rencontrées chez les femmes célibataires.

E. Bauer.

ASSISTANCE

La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés, par Georges Daumezon, ancien iuterne des asiles de la Seine (1 vol. in-8° de 310 pages, G. Doin et Cie édit,, Paris 1935).

Le succès des efforts thérapeutiques et diagnostics du psychiatre dépend en grande partie du personnel dont il dispose.

Sur les conseils éclairés de l'Inspecteur général J. Raynier et du Dr Henri Beaudouin, M. G. Daumezon a réuni dans ce volume les éléments d'information qu'un médecin ou un administrateur d'asile peut désirer sur l'importante question du personnel infirmier.

Ecrit dans un but exclusif d'information, cet ouvrage, essentiellement basé sur une enquête, expose d'une façon objective, et avec de nombreux textes à l'appui, les inégalités actuelles du recrutement, de l'éducation technique, du statut du personnel dans un grand nombre d'établissements publics ou faisant fonction d'asiles publics. Après avoir indiqué les conditions particulières variables suivant les établissements, l'auteur passe en revue les fonctions et les spécialisations du personnel et consacre au personnel religieux une étude séparée.

Tout en constatant l'amélioration progressive du niveau intellectuel et social des infirmiers, et de leur situation matérielle, l'auteur montre l'urgence d'une refonte des textes qui résultent d'un Règlement désuet et

©BIUM

propose des prescriptions générales et secondaires qui lui paraissent de nature à obtenir un personnel compétent et stable.

Sur ces différents points, des textes multiples sont rapportés qui seront de la plus haute utilité pour l'Administrateur. Livre très utile à tous ceux (conseillers généraux ou préfets, administrateurs et médecins) que préoccupent les problèmes d'assistance aux aliénés.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

La Vagotonine dans les états anxieux, par Mme le Dr M.-P. GARDIEN-JOURD'HEUIL (1 vol. in-8°, 352 pages, Georges Thomas édit., Thèse Nancy, 1935).

Cet important travail, qui fait suite à plusieurs publications de l'auteur sur le même sujet, est l'exposé de recherches, pour la plus grande part personnelles, sur l'action, dans les diverses catégories d'états anxieux, de la *vagotonine*, hormone pancréatique régulatrice de l'activité fonctionnelle du système neuro-végétatif, isolée par le *Professeur Daniel Santenoise*, de Nancy.

Un grand nombre de malades, et en particulier d'anxieux, présentant une activité fonctionnelle anormale de leur système organo-végétatif, en général de l'hyperexcitabilité et de l'hypertonie sympathique, le Professeur Pierre Combemale et son élève Deschildre, après avoir effectué avec la vagotonine, dès 1933, des études de pharmacodynamie clinique, recherchèrent si, à l'aide de cette substance, on pourrait influencer favorablement l'évolution de certains troubles mentaux. Encouragée par leurs résultats, Mme Gardien-Jourd'heuil, en collaboration d'abord avec MM. M. Desruelles et P. Léculier, puis avec MM. P. Castin et P. Gardien, entreprit des recherches dont elle précise la technique et dont elle donne ici, avec de nombreuses observations à l'appui, les intéressantes conclusions.

Entre autres propriétés physiologiques et pharmacodynamiques, la vagotonine diminue le tonus et l'excitabilité réflexe sympathiques, diminue l'efficacité de l'adrénaline, augmente le tonus et l'excitabilité réflexe parasympathiques.

Son action ne modifie pas l'anxiété de la psychose maniaque-dépressive, l'anxiété de la mélancolie présénile et sénile, ni celle des états passés depuis longtemps à l'état chronique.

Au contraire, les anxieux hyperémotifs qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif, bénéficient généralement du traitement par la vagotonine. Si, dans la plupart des cas, l'anxiété est seule influencée, il en est d'autres où la thérapeutique fut suivie de guérisons. D'autre part, l'état physique des malades s'améliore avec, parfois, diminution de l'hypertension artérielle et ralentissement du rythme cardiaque.

Avec une vagotonine bien purifiée, les accidents de cure sont très rares et très bénins. Mais il est préférable de ne pas appliquer cette thérapeutique à des vieillards athéromateux, ni des malades ayant de l'insuffisance cardiaque ou des affections organiques du système nerveux central.

L'inocuité de ces expériences et les résultats obtenus rendent désirable la

©BIUM

poursuite d'expériences systématiques pour préciser les indications de cette nouvelle hormone isolée du pancréas et individualisée de l'insuline par le Professeur D. Santenoise.

René CHARPENTIER.

La malariathérapie des affections neuro-psychiques, par P.-F. MALKIN (Edition Ou. P. N. J., Perme 1934).

Important travail d'ensemble sur l'application de la malariathérapie dans les affections neuro-psychiques s'étendant sur le matériel clinique de l'Institut Neuro-psychiatrique de Perme (U.R.S.S.) (comprenant 792 malades atteints de neuro-psychoses d'origine syphilitique, dont 619 paralytiques généraux, 365 malades atteints de schizophrénie et 29 malades présentant des affections variées d'ordre neurologique ou psychiatrique). Cette large application de la malariathérapie permet à l'auteur de souligner son efficacité thérapeutique.

Grâce à la malariathérapie, la paralysie générale devient, dans certains cas, une maladie curable. La malariathérapie combinée aux méthodes chimiothérapeutiques habituelles de la syphilis par son pouvoir pyrétogène, agit, non seulement sur le facteur spécifique de la paralysie générale, mais également sur l'élément neuro-dystrophique. Dans les processus pathologiques avancés, il existe des destructions définitives, néanmoins, les succès obtenus représentent un actif important de la méthode. Les désordres non spécifiques, dus à la paralysie générale, sont combattus par le facteur irritatif de la malariathérapie. Dans l'état actuel de nos connaissances et en raison du défaut de précision, on ne peut doser ce pouvoir irritatif et on ne peut se servir que de qualificatifs tels que fort, moyen ou faible. Les facteurs irritatifs trop forts peuvent se montrer nocifs ; c'est ainsi qu'on peut expliquer l'échec de l'utilisation du typhus employé comme facteur pyrétogène.

Au point de vue expérimental, la malariathérapie offre l'avantage de faciliter l'étude de la pathogénie de certains états psychosiques.

En dehors de la paralysie générale, l'association de la malaria au Salvarsan peut donner certains succès dans d'autres formes de syphilis cérébrale. L'auteur préconise une large application de la méthode dans les formes de la syphilis cérébrale diffuse, dans sa forme hallucino-paranoïde, épileptoïde, maniaque. Les résultats sont moins encourageants lorsque la syphilis cérébrale est compliquée d'alcoolisme. Le tabès est très fortement influencé, cependant, l'atrophie optique avancée ne peut être enrayée.

Dans l'état actuel des connaissances psychiatriques, il n'existe pas de méthode thérapeutique spécifique du processus schizophrénique dont l'étiologie et la pathogénie demeurent obscures. La malariathérapie, sans prétendre, dans la schizophrénie, au rang d'une méthode à généraliser, compte à son actif des effets thérapeutiques heureux dans quelques cas.

Les tentatives d'appliquer la malariathérapie à d'autres affections neuro-psychiatriques telles que cyclothymie, épilepsie, séquelles post-encéphalitiques, sclérose disséminée, sans donner des succès constants, enregistrent quelques résultats particulièrement intéressants dans la sclérose disséminée.

Un des avantages de l'introduction de la malariathérapie en psychiatrie réside dans le fait qu'elle introduit une méthode thérapeutique active qui diffère des principes anciens d'assistance aux malades psychiques. L'effi-

©BIUM

cacité de la malariathérapie est appuyée par le témoignage des réactions humorales, sérologiques et biologiques. L'étude de la perméabilité de la barrière hémato-encéphalique, selon la méthode de Walter, associée à d'autres méthodes de laboratoire, offre un critérium pratique précieux. Bien que le mécanisme de l'action de la malaria ne soit pas précisé, il est permis de fonder, sur l'avenir de la méthode, des espoirs optimistes qui engagent à continuer son application clinique en collaboration étroite avec les recherches biologiques.

FRIBOURG-BLANC.

L'impuissance sexuelle chez l'homme. Etiologie, diagnostic, traitement, par M. PALAZZOLI, ancien Assistant de la Clinique urologique de l'Hôpital Necker. *Préface* du professeur LEGUEU (1 vol. in-8°, 284 pages, Masson et Cie édit., Paris 1935).

On trouvera dans ce livre la description de l'examen pratique du malade et ses conséquences thérapeutiques dans toutes les formes d'impuissance.

La première partie rassemble des notions sur la physiologie du rapport sexuel, nécessaires à la compréhension de la pathologie sexuelle, en particulier sur le rôle du système nerveux et des réflexes d'origine psychique et sensorielle, sur la constitution sexuelle et la puissance génitale.

La seconde partie est consacrée à l'étude de l'impuissance en général, de ses formes et de son diagnostic. Un important chapitre y est consacré à l'examen systématique du malade.

Dans la troisième partie est décrit le traitement : d'abord énumération des moyens thérapeutiques, puis indication pour chaque variété étiologique de la méthode qu'il conviendra d'adopter. L'auteur a insisté particulièrement sur le traitement psychique sans lequel il n'est pas de thérapeutique utile de l'impuissance sexuelle, et qui, mal appliqué, peut aggraver l'état du malade.

« Ce livre, écrit le professeur Legueu dans sa préface, comporte une valeur pratique de tout intérêt : partout la théorie s'abaisse devant la réalité. Des exemples cliniques judicieusement choisis et libérés de tout ce qui pourrait servir la curiosité sans satisfaire la science, montrent sous une forme frappante les graves répercussions de l'impuissance et les bénéfices d'un traitement judicieux... Depuis longtemps préparé et remanié dans la gestation d'une profonde réflexion, ce livre éclairera les médecins et les urologistes : aux uns et aux autres il offre des éléments de diagnostic, des règles de thérapeutique. »

L. R.

Thérapeutique médicale, publié sous la direction du Professeur M. LOEPER, *tome VIII*. **Système nerveux** (1 vol. in-8°, 380 pages avec 21 figures, Masson et Cie édit., Paris 1935).

Dans ce volume, consacré à la *thérapeutique du système nerveux,* le *Professeur Loeper* consacre d'abord sept chapitres aux *médications générales :* aux sédatifs qui s'adressent plus ou moins électivement à l'excitation des centres nerveux (sédatifs centraux et sédatifs végétatifs) ; aux hypnotiques ou médicaments de l'insomnie ; aux analgésiques ou médicaments de la douleur, qu'ils agissent sur cette douleur de façon générale

©BIUM

ou locale (analgésiques généraux et directs), ainsi qu'à l'anesthésie chirurgicale ; aux médicaments toniques destinés à donner au système nerveux l'équilibre, le tonus qui peut lui manquer.

Dans une seconde partie, des *médications spéciales* sont l'objet d'exposés confiés à d'excellents collaborateurs particulièrement qualifiés, tels que les indications thérapeutiques au cours des ictus par M. *Th. Alajouanine*, le traitement des maladies à virus neurotrope par M. *R. Garcin*, la pyrétothérapie dans les maladies du système nerveux par M. *P. Mollaret*, les indications du traitement spécifique au cours de la syphilis nerveuse par M. *J. Decourt*, le traitement de l'épilepsie par M. *Ph. Pagniez*, le traitement de l'hypertension intracranienne par M. *A. Lemaire*, le traitement de la méningite cérébro-spinale par M. *R.-A. Marquézy*, les grandes indications chirurgicales dans le traitement des tumeurs cérébrales par M. *J. Haguenau*, le traitement des migraines par M. *Pasteur Vallery-Radot*, le traitement des algies par les agents électriques par M. *L. Delherm*, la psychothérapie par M. *H. Codet*, la créno-climatothérapie sédative des affections neurologiques par M. *Villaret*.

R. C.

MÉDECINE LÉGALE

Problèmes essentiels de Criminologie (Basic Problems in Criminology), par le professeur Olof Kinberg (de Stockholm). I. vol. in-4°, 436 pages. *Levin et Munksgaard Editeurs*, Copenhague, 1935.

La notion de crime a été édifiée au cours des siècles et des civilisations pour assurer la défense des collectivités. Le problème de l'imputabilité s'est trouvé agrégé aux doctrines de morale. Dès qu'une organisation sociale a été consentie par un certain nombre d'individus que réunissaient des intérêts communs, il a fallu édicter des lois contre les criminels. Ces lois associaient à la notion de sauvegarde la notion de justice ; aussi trouvons-nous chez les Anciens, Romains, Germains, Scandinaves, le désir de délimiter la responsabilité et les jugements influencés par des considérations sur l'état mental des sujets.

Cependant, des arguments variés et parfois opposés ont guidé les législateurs. Les uns sont tirés de doctrines sociales, d'autres de la morale collective ou religieuse. De telle sorte qu'un problème aussi essentiel que celui du libre arbitre fait encore aujourd'hui l'objet de controverses nombreuses. M. Kinberg ne croit pas qu'il puisse prêter à de longues discussions. S'il lui accorde quelques développements, c'est tout simplement en raison de sa valeur historique. Il soutient que la thèse du libre-arbitre est indéfendable en criminologie. On l'a crue inséparable de la morale, alors qu'elle ne fait qu'introduire des notions métaphysiques stériles dans le domaine de la sociologie pratique. Si l'on nie le déterminisme, si l'on admet la possibilité de réactions contradictoires et paradoxales entre un individu tel qu'il nous est donné par l'étude de sa psycho-physiologie et son comportement éventuel, alors il est inutile de chercher les principes d'une science criminologique et il vaut mieux s'en rapporter au hasard. Il devient impossible de prévoir, d'améliorer et d'organiser. Traiter le problème de l'étiologie du crime comme s'il s'agissait d'une série de phénomènes fortuits, avec les dogmes de la volonté libre et de l'indéterminisme, c'est pour

©BIUM

M. Kinberg adopter une attitude hostile à la science et également hostile à la morale.

A travers son étude critique et tout au long de sa revue générale, l'auteur, conformément au titre de son ouvrage, cherchera à imposer les principes généraux de la criminologie dont le déterminisme est le premier. Il expose la conception de l'Ecole Positiviste italienne, qui tient compte du double effet nécessaire de la peine et du besoin de protection sociale, de l'intérêt des mesures de prévention, de la notion de nocivité permanente de certains sujets et de l'étendue des pouvoirs à accorder aux Cours de Justice. M. Kinberg en tire cet argument que l'un des rudiments indispensables de la criminologie est la connaissance approfondie et trop négligée de l'étiologie du crime. A côté des causes habituelles qui relèvent de la psychologie individuelle et de la physiologie, toute une série de causes occasionnelles du ressort de la sociologie sollicitent notre attention. Elles nous invitent à mettre au premier rang des moyens prophylactiques, le respect de la morale par l'enseignement et par l'exemple, par le choix des modèles à offrir aux jeunes sujets ; la divulgation des notions de droit, des articles du code ; l'hygiène physique et alimentaire et la condamnation des abus pratiques, aussi utiles que celles de l'hygiène mentale. L'importance de ces facteurs n'est ni constante, ni universelle. Un médecin naturaliste comme Lombroso insistera sur les facteurs anthropologiques tandis qu'un juriste comme Ferri s'attachera avant tout aux facteurs sociaux. La criminologie scientifique sera plutôt endogène, individuelle chez les Scandinaves et plutôt exogène, collective chez les Américains. La tendance des mesures curatives et prophylactiques va donc s'inspirer d'un opportunisme instinctif, les traditions, les coutumes ayant plus de poids dans une société anciennement organisée que dans une collectivité très mêlée, brassée par une incessante immigration, qui manque encore d'une morale unique et où la délinquance est restée plus profitable que dangereuse pour de nombreux sujets. Même discrimination à établir pour les troubles mentaux. Les statistiques montrent des prédominances de certains types suivant les pays. Une véritable contagion du crime s'exerce dans les bas-fonds des grandes villes. Les quais de Chicago et, pendant longtemps le quartier de Whitefriards à Londres, ont exercé leur hantise sur bien des cerveaux de débiles et d'abouliques.

Il existe des états pathologiques compliqués de tendances perverses et antisociales : les dysendocrinies et en particulier les anomalies sexuelles, les traumas du crâne, certaines encéphalites de l'adolescence peuvent avoir des séquelles caractérisées par des actes délictueux en dehors de toute psychose. Les exemples d'encéphalite épidémique ne manquent pas. Il y a enfin des dispositions héréditaires au crime comme il y a des tendances au suicide dans les familles.

Les derniers chapitres du livre de M. Kinberg sont consacrés à des problèmes qui nous sont familiers. La prophylaxie du crime, l'examen mental des détenus, les conditions de l'expertise psychiatrique, les possibilités de l'eugénique sont exposés. L'auteur déplore les insuffisances de la Suède sur ces différents points. Ses propositions s'inspirent des résultats encourageants obtenus dans d'autres pays. Une place privilégiée est accordée à la Belgique et aux organismes dirigés par M. Vervaeck. L'auteur nomme l'Allemagne, l'Angleterre et l'Autriche. Il cite les dispositions légales américaines et l'organisation de certaines prisons. Il n'oublie ni l'Institut fondé

©BIUM

à Moscou en 1925, ni les récents efforts de la France dans le domaine de l'assistance et du droit pénal. Il ne cherche à copier aucun système. La Suède a des besoins qu'il convient d'adapter à un pays dont la population est faible par rapport à l'étendue du territoire. Une décentralisation partielle est indispensable. Elle devra s'effectuer parallèlement aux progrès des organisations de criminologie scientifique. La Suède possède, en la personne du professeur Kinberg, un guide expérimenté. Espérons que l'ère des réalisations est proche. Les principes essentiels sont posés avec toute la clarté désirable dans le bel ouvrage que nous venons de parcourir.

P. CARRETTE.

JOURNAUX ET REVUES

ENDOCRINOLOGIE

Hérédité endocrinienne, par SAINTON. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mai 1934.

L'auteur, en s'appuyant surtout sur les faits mieux connus de la transmission héréditaire des affections thyroïdiennes, passe en revue ceux qui indiquent le rôle de l'hérédité dans les troubles des autres glandes et insiste sur la complexité du problème et la difficulté de remonter au facteur premier.

A. COURTOIS.

Le diagnostic des hyperthyroïdies par un test électrique d'après les travaux récents, par P. SAINTON et LAMY. *La Presse Médicale,* n° 53, pp. 1069-1071, 4 juillet 1934.

Le métabolisme basal est un élément apprécié du diagnostic de la maladie de Basedow. On a fait certaines critiques au sujet de ses résultats et de leur application. Le procédé électrolytique qui donne une relation entre la capacité et la résistance, nommée « angle d'indépendance », apparaît à MM. Sainton et Lamy comme un test capable d'établir la distinction entre les troubles basedowiens et l'hyperthyroïdie, plus électif que le métabolisme basal, ne demandant pas de préparation spéciale et ne présentant qu'un minimum de facteurs d'erreur.

P. CARRETTE.

Etude psychiatrique des hyperthyroïdiens (The Psychiatric Study of Hyperthyroid Patients), par Agnes CONRAD. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* T. LXXIX, n° 5 et 6, pp. 505-529 et 656-676, mai et juin 1934.

Tous les observateurs qui s'intéressent à la thérapeutique de la maladie de Basedow insistent sur la nécessité d'assurer, pendant la cure médicamenteuse, le calme ambiant, un état émotif favorable. Il ne s'agit pas

©BIUM

d'une indication d'importance secondaire. Mme Agnès Conrad trouve, dans les antécédents des basedowiens, un trauma psychique presque constant et l'évolution de conflits qui entretiennent une émotivité fortement troublée avec de fréquents paroxysmes accompagnés de violente congestion vaso-motrice du cou et de la partie inférieure du visage. La plupart gardent une dépendance émotionnelle très vive vis-à-vis de la mère et présentent des phobies, des craintes occasionnelles ou liées aux conditions de toute vie normale. On comprend, dès lors, l'importance considérable de la surveillance des fonctions automatiques, des réactions émotives, des conditions ambiantes au cours du traitement.

P. CARRETTE.

Le signe de l'hypophyse de Claude, Baudouin et Porak pour le diagnostic de l'hyperthyroïdisme (O sinal da hipofise [Claude, Baudouin, Pora] como meio de diagnostico no hipertiroidismo), par Mario YAHN, E. de AGUIAR-WHITAKER et C. PEREIRA da SILVA. *São-Paulo Medico*, T. I, n° 5, pp. 215-240, novembre 1934.

L'injection de 1 cc. d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse a été utilisée par Claude, Baudouin et Porak comme test permettant de distinguer la maladie de Basedow grâce à une allure spécifique des modifications cardio-circulatoires et vaso-motrices, ainsi que d'autres changements biologiques du sang et de l'urine. Le présent travail aboutit à des conclusions différentes : les résultats sont inconstants et ne permettraient d'attribuer au test aucune valeur diagnostique dans l'hyperthyroïdisme.

P. CARRETTE.

Sur les conditions de formation du corps jaune chez la souris impubère après injections d'hormones dites antéhypophysaires, par René MORICARD. *Bull. Soc. de Sexologie*, Janvier 1934.

Il semble qu'on puisse admettre actuellement que l'hormone hypophysaire antérieure exerce une action fondamentale sur les phénomènes de différenciation ovulaire, sur le développement de l'œuf et sur la formation du corps jaune.

A. COURTOIS.

Lipodystrophie chez les adultes (Lipodystrophy in Adults), par Samuel-J. COHEN et Benjamin-M. EIS. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXII, n° 1, pp. 184-188, juillet 1934.

La pathogénie des lipodystrophies reste incertaine. Elle correspond vraisemblablement à un déséquilibre endocrinien. Chez l'enfant, elle se traduit par une répartition anormale de la graisse, un peu d'irritabilité du caractère. Chez l'adulte, les désordres sont plus importants. Les troubles mentaux sont parfois sévères. Les métabolismes du cholestérol et des hydrates de carbone sont altérés. Les signes hyperthyroïdiens constatés rétrocèdent difficilement. Les symptômes divers évoluent, malgré la thyroïdectomie et les traitements ont peu de chances de succès, surtout quand il s'agit, comme dans les 2 cas de MM. Cohen et Eis, de formes ménopausiques.

P. CARRETTE.

©BIUM

L'importance vitale des relations de l'hyperparathyroïdisme avec la formation de certains calculs urinaires. Traitement (The vital importance of the relation of hyperparathyroidism to the formation of certain urinary calculiand its remedy), par Richard CHUTE. *The New-England Journal of Medicine.* T. CCX, nº 24 pp. 1251-1253, 14 juin 1934.

L'examen des sujets atteints de lithiase rénale révèle assez fréquemment des manifestations de type rhumatismal, des kystes osseux, une exagération des éliminations urinaires de calcium et de phosphore, une hypercalcémie et une hypophosphorémie. Ces symptômes indiquent une hypersécrétion des parathyroïdes et on conçoit le danger couru par les sujets menacés d'obstructions des voies urinaires et d'interventions mutilantes rénales et vésicales dans tous les cas où le diagnostic est méconnu et le traitement causal négligé. M. Chute signale l'échec de la radiothérapie, le succès définitif de nombreuses opérations sur la région rétro-thyroïdienne permettant de découvrir et d'extirper des formations tumorales et d'associer le traitement médical correcteur de la diathèse.

P. CARRETTE.

Sur l'hypercalcémie, les rhumatismes chroniques et les parathyroïdes [**à propos des abus de la parathyroïdectomie**]. (Sobre hipercalcemia, reumatismos crónicos y paratiroides [a propósito de los abusos de la paratiroïdectomiá), par J. SIMARRO. *Revista Médica de Barcelona*, nº 127, pp. 19-23, juillet 1934.

Les relations existantes entre les parathyroïdes et le métabolisme du calcium ont été précisées récemment. On a observé dans certains cas de rhumatismes chroniques, d'ostéites raréfiantes des troubles du métabolisme de la chaux analogues à ceux qui ont été signalés dans les lésions parathyroïdiennes. Une généralisation hâtive et erronée a suivi la divulgation de ces faits. L'auteur signale les méfaits des interventions chirurgicales non justifiées par l'observation de productions kystiques ou de lésions parathyroïdiennes évidentes dans des cas où une thérapeutique médicale appropriée pouvait faire espérer une amélioration, sans accidents secondaires, des troubles observés.

P. CARRETTE.

Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus, par P. DIVRY (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, novembre 1934).

Les connaissances relatives à la physiologie et à la physiopathologie de l'hypophyse et de la région infundibulo-tubérienne sont en pleine évolution et en plein remaniement. L'auteur, rappelant que ces questions ont fait l'objet de rapports à la Réunion internationale neurologique de Paris 1934, passe en revue les diverses thèses et les essais de conciliation ou de synthèse entrepris sur ce sujet. Une nouvelle conception est celle de la nature sécrétoire de certains noyaux végétatifs de l'hypothalamus. Après un rappel de quelques travaux sur la question, l'auteur étudie les figures sécrétoires que l'on peut donner comme preuves d'un appareil glandulaire diencéphalique. Etudiant la région hypothalamique dans la démence sénile (22 cas), il a eu l'occasion d'observer des figures ayant l'apparence d'une sécrétion colloïdale au niveau des noyaux paraventriculaire et supra-

©BIUM

optique. Il étudie les caractères physiques, les propriétés tinctorielles et chimiques de cette substance colloïde, puis la signification qu'on peut lui attribuer au niveau de l'hypothalamus. Conclusions prudentes. On ne peut exclure la possibilité d'un mécanisme dégénératif. De nouvelles observations sont nécessaires pour aboutir à une solution décisive. SENGÈS.

Syndrome basophile de la pituitaire. Basophilisme pituitaire de Cushing (Basophilic Syndrome of the Pituitary : Pituitary Basophilism [Cushing]), par Irving-H. PARDEE. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 1007-1025, mai 1934.

La physiologie hormonale de la glande pituitaire a réalisé des progrès réels. Elle a pu mettre en accord des tableaux cliniques et des altérations anatomiques précises. Ainsi on peut isoler sous le nom de syndrome pituitaire de Cushing, résultat de l'adénome basophile du lobe antérieur, les troubles suivants : adiposité, aménorrhée, hypertrichose, dystrophies cutanées, hypertension, polycythémie et polynucléose, ostéoporose, céphalée, asthénie, hyperglycémie, etc... M. Pardee fait observer qu'il s'agit là d'une symptomatologie complète, qu'il n'y a dans la réalité que des prédominances, que la notion d'adénome basophile pur et simple réalise un schéma et que pour être dans la clinique courante, il faut associer à un groupe des signes de Cushing, d'autres manifestations de voisinage. On trouve ainsi : 1. des syndromes mixtes, intrasellaires néoplasiques, avec acromégalie et hyperactivité cellulaire acidophile ; 2. des troubles cortico-surrénaux avec syndrome basophile ; 3. des troubles prédominants de la croissance, syndrome prépubéral ; 4. un groupe associé à des perturbations ovariennes, groupe basophile postménopausique, avec prédominance d'obésité, de céphalée, d'hypertrichose, d'hypertension et de dysthyroïdie. Le type clinique le plus fréquent serait ici un syndrome pluriglandulaire, avec signes de basophilisme pituitaire dominants ou initiaux. P. CARRETTE.

La secrétion interne du cervelet (La secrezione interna del cervelletto), par le Dr Tomasso SENISE (Naples). *Il Cervello*. Septembre 1934, p. 253 à 268.

L'auteur rappelle dans cette « note préliminaire » (qui est aussi une note hypothétique), que dès 1913 il a signalé la possibilité d'une sécrétion interne du cervelet. Il pense que le noyau dentelé et ses noyaux accessoires auraient une fonction sécrétoire, la même qui serait commune aux formations pigmentées du rhombencéphale et du mésencéphale (noyau rouge, *locus niger, locus cerulens*), qui sont en connexion avec le noyau dentelé. Il y aurait ainsi « une constellation neuro-hormonique qui, par la production de substances spécifiques, permettrait d'entendre hormoniquement les concepts de tonus, de force et d'énergie ». Hypothèse séduisante qu'il reste à démontrer. Henri EY.

Glandes génitales et Centres nerveux végétatifs, par VIOLET. *L'Avenir Médieal*, n° 7, pp. 211-212, juillet-août 1934.

L'exercice de la fonction ovarienne n'est pas nécessairement lié au plaisir sexuel. Les centres nerveux végétatifs mésocéphaliques commandent nos glandes à sécrétion interne. Le plaisir sexuel est lié à l'excitation de terminaisons nerveuses spéciales, point de départ de phénomènes réflexes dont

©BIUM

la voie ascendante gagne, — des téguments de certaines zones génitales, — le nerf honteux interne. C'est l'activité des centres végétatifs qui commande toute notre personnalité et veille à la satisfaction de l'instinct.

P. CARRETTE.

A propos des stérilités inexpliquées, par J. SEGUY et J. VIMEUX. *Bull. Soc. de Sexologie*, Janvier 1934.

La perméabilité du col normal aux spermatozoïdes ne serait possible que quelques jours par mois, marqués par l'apparition d'une sécrétion très fluide, analogue au blanc d'œuf cru. Certaines femmes resteraient stériles par absence du cycle mensuel de ces sécrétions ; d'autres, parce que leur ovulation tomberait à un moment où le col ne serait plus perméable aux spermatozoïdes.

A. COURTOIS.

Constitution d'un régime alimentaire artificiel destiné à l'étude des relations entre l'alimentation et les processus sexuels, par Mme L. RANDOIN et H. SIMONNET. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mars 1933.

Les auteurs exposent le résultat d'expériences de 3 années. Ils ont réalisé pour le rat un régime alimentaire très précis, qui permet la croissance et la reproduction régulières de cet animal. On pourrait donc étudier, à partir de ce régime, les effets d'un déséquilibre alimentaire sur la reproduction de ce rongeur.

A. COURTOIS.

Expériences sur l'action de l'épiphyse sur les glandes génitales, Jean CALVET. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mai 1933.

Après les expériences de transplant d'épiphyses sous la peau de rats en croissance, l'auteur croit pouvoir conclure à l'action frénatrice de la sécrétion épiphysaire sur la croissance et sur le développement des glandes sexuelles mâles.

A. COURTOIS.

La transplantation des glandes sexuelles et ses effets physiologiques sur les vertébrés jeunes et adultes, par Raoul-M. MAY. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mars 1933 et Mai 1933.

Dans une revue critique très étendue et particulièrement documentée, l'auteur relate les différents effets des greffes de glandes sexuelles chez les batraciens, les oiseaux et les mammifères. Cette étude, impossible à résumer ici, est suivie d'une très vaste bibliographie française et étrangère.

A. COURTOIS.

Effets de la stérilisation chez le mâle dans les différentes espèces animales, par E. LETARD. *Bull. Soc. de Sexologie*, Décembre 1934.

Les effets de la stérilisation sont variables avec les espèces. Dans la majorité des cas, les castrats semblent évoluer vers le type femelle qui apparaîtrait comme fondamental. Quant à la force du castrat domestique, elle n'est

©BIUM

pas sensiblement influencée, non plus que sa résistance aux maladies et la durée de sa vie.

A. COURTOIS.

Les caractères inhibés chez les mâles, par Ch. CHAMPY. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mai 1933.

Expérimentant sur des oiseaux (coqs, canards, faisans), l'auteur montre que le testicule et l'ovaire produisent parfois des résultats comparables, ce qui ferait supposer la sécrétion d'une folliculine par le testicule, au moins à certains moments. Ces résultats, ainsi que nombre de faits, s'opposent à l'idée d'une spécificité stricte de la sécrétion des deux glandes mâle et femelle.

A. COURTOIS.

Comportement psycho-sexuel et testicules, par Léon BINET et Pierre GLEY. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mai 1933.

Expérimentant chez le pigeon, les auteurs concluent que, pour ces animaux, le comportement psycho-sexuel mâle a une cause endocrinienne, à point de départ testiculaire.

A. COURTOIS.

Dimorphisme psychologique des sexes, par D. WEINBERG. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mars 1933.

Après avoir montré les difficultés d'une telle étude, Mlle Weinberg pense que seules des méthodes biotypologiques adaptées, apporteraient des connaissances nouvelles sur cette question complexe.

A. COURTOIS.

Ménopause et pseudo-ménopause, par Jean DALSACE. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mar 1933.

Montrant par quelques exemples la multiplicité des causes d'une ménopause prématurée, M. Dalsace espère que certains renseignements de laboratoire pourront aider à la meilleure classification de faits complexes.

A. COURTOIS.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Hérédité des maladies mentales et nerveuses, par O. CROUZON. *Bull. Soc. de Sexologie,* Mai 1994.

Après avoir montré combien nos connaissances de l'hérédité des maladies mentales et même de celles des maladies nerveuses, pourtant mieux étudiées, sont imprécises, M. Crouzon se garde de présenter des règles de prophylaxie eugénique. Toutefois, dans les maladies à hérédité continue et dans les affections familiales à hérédité matriarcale, le médecin pourra donner des conseils de prudence, mais avec les plus grandes réserves.

A. COURTOIS.

©BIUM

Narcolepsie et Machinisme. Le récent accroissement des cas de narcolepsie (Narcolepsy and the Machine Age ; the Recent Increase in the Incidence of Narcolepsy), par Max LEVIN. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, n° 57, pp. 60-64, juillet 1934.

L'universel développement du machinisme exige du système nerveux humain des efforts nouveaux d'abord, puis, les réponses aux stimuli se renouvelant indéfiniment, des organisations réflexes adaptées. L'exemple des grandes randonnées automobiles est typique. La monotonie entraîne progressivement l'inhibition, puis le sommeil. Pour les sujets qui participent à l'activité d'une grande cité d'autres réflexes s'organisent, les réflexes de défense. Il en résulte une augmentation de l'inhibition corticale. Les statistiques s'accordent sur ce point : le nombre des cas de narcolepsie a subi un accroissement marqué au cours des 2 dernières décades.

P. CARRETTE.

Pédagogie de l'éducation sexuelle (Pedagogia de la aclaración de la sexualidad), par Juan ROURA Y PATELLA. *Archivos de Neurobiologia*, T. XIV, pp. 283-290, 1934.

A l'apparition de la puberté, la fillette doit être instruite sur les causes et le sens de la menstruation, le garçon sur la signification des pollutions nocturnes. Les éducateurs qui négligent d'avertir les jeunes gens sont responsables des angoisses, des traumas pychiques qui peuvent se développer alors. Les premiers avertissements doivent suivre à propos des dangers des maladies vénériennes et du commerce sexuel précoce. La science de la sexualité est inséparable de l'éthique dans toute pédagogie bien comprise.

P. CARRETTE.

Méthodes générales d'amélioration des races animales, par Ch. VÉZIN. *Bull. Soc. de Sexologie,* Janvier 1934.

L'auteur, directeur des services agricoles du Nord, présente un très intéressant exposé des méthodes scientifiques qui ont permis dans ces dernières dizaines d'années l'amélioration rationnelle des races animales domestiques : la gymnastique fonctionnelle, l'amélioration des conditions de vie, mais surtout la rigoureuse sélection des reproducteurs, basée sur une généalogie précise.

A. COURTOIS.

Conséquences psychiatriques de la stérilisation chez l'homme, par P. SCHIFF. *La Prophylaxie Mentale,* Janv.-Mars 1935.

Revue très complète de ce qu'on peut savoir des résultats de la castration et de la stérilisation appliquée dans certains pays sur une grande échelle dans un but d'eugénique ou de défense sociale. Au point de vue mental, la castration n'amènerait pas de troubles appréciables chez l'eunuque congénital ou de la période prépubérale, ni chez l'eunuque volontaire (qui est le plus souvent d'ailleurs déjà un déséquilibré ou un aliéné). Au contraire, la castration imposée ou accidentelle provoquerait un état dépressif avec morosité spéciale. Quant à la seule stérilisation, elle ne serait pas non plus sans danger psychique. Aussi l'auteur estime sage, avant d'appliquer ces méthodes en France, d'attendre les résultats objectifs de l'expérience entreprise sous nos yeux par d'autres pays.

A. COURTOIS.

©BIUM

THÉRAPEUTIQUE

La vaccination antitétanique. Essai de généralisation dans une grande collectivité, par Louis Bazy. *La Presse Médicale*, nº 58, pp. 1171-1172, 21 juin 1934.

Le danger des vaccinations n'est pas dans les réactions d'intolérances, généralement bénignes, mais plutôt dans la création progressive d'une fonction séro-résistante qui rend les précautions illusoires. M. Bazy se demande s'il ne faut pas incriminer l'abus de sérum d'origine équine. Il propose de demander à l'homme lui-même d'organiser sa propre défense et préconise l'usage d'une vaccination antitétanique avec la toxine mêlée à une solution iodo-iodurée. P. Carrette.

La vaccinothérapie de la chorée de Sydenham. (La vacunoterapia de la Corea de Sydenham), par R. Lautier. *Ars Medica*, nº 106, pp. 291-302, juillet 1934.

La raison d'être de cette thérapeutique découle de deux postulats : l'action d'une bactérie du type diplo-streptococcique sur le rhumatisme et l'origine rhumatismale de la chorée. M. Lautier ne croit pas pouvoir affirmer cette dernière notion et cependant il a obtenu d'excellents résultats en soumettant la chorée de Sydenham au traitement par l'immunovaccin antirhumatismal. P. Carrette.

Le traitement de la sciatique, par J. Haguenau. *La Presse Médicale*, nº 83, pp. 1633-1634, 17 octobre 1934.

Les méthodes suivantes sont préconisées par l'auteur pour le traitement de la crise aiguë : repos absolu, régime hypotoxique, salicylate de soude ou pyramidon, révulsion locale et injections anesthésiantes au niveau de l'un des points de repère principaux (épidurale, sacro-iliaque, ischio-trochantérienne ou poplitée externe). P. Carrette.

Technique chirurgicale de la stérilisation chez le mâle, par P. Mauclaire. *Bull. Soc. de Sexologie*, Décembre 1934.

Après un rappel historique, l'auteur expose les différentes techniques employées pour réaliser la stérilisation chez l'homme, la meilleure et la plus sûre étant la résection large et bilatérale des canaux déférents.
A. Courtois.

Les deux frigidités de la femme, par Marie Bonaparte. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mai 1933.

Après avoir exposé les deux ordres de frigidité de la femme, l'une « totale », conséquence d'après l'auteur, d'inhibitions trop sévères imposées par la morale infantile à la sexualité des sujets et curable par la psychanalyse ; l'autre « partielle » par défaut de contact clitoridien pendant le coït normal chez des femmes « trop viriles pour avoir atteint la pleine vaginalité », Mme Marie Bonaparte indique la cure chirurgicale de cette dernière variété. Réalisée à sa demande et d'après ses indications par le Dr

©BIUM

Halban de Vienne, l'abaissement du clitoris (résection des ligaments suspenseurs) aurait dans deux cas connus (sur 5 opérés), donné les résultats attendus.

A. COURTOIS.

Traitement chirurgical des tumeurs hypophysaires ou périhypophysaires, par M. BALADO et R. PARDAL (*Archivos argentinos de neurologia*, 11e année, nos 1 et 2, Juillet-Août 1934).

Les auteurs ont observé 45 cas de tumeurs de l'hypophyse. Le signe clinique le plus fréquemment reconnu fut l'hémianopsie bitemporale. En seconde ligne se voient l'hémianopsie temporale d'un œil et la cécité de l'autre. La radiographie de la selle turcique donne des indications positives dans 80 pour cent des cas de tumeurs de l'hypophyse ; par contre, la radiographie des tumeurs périhypophysaires est négative. Les réactions humorales du liquide céphalo-rachidien furent toujours négatives. 30 cas furent opérés et la ventriculographie iodée donna toujours des renseignements de localisation de grande valeur. La voie d'accès la plus indiquée pour les tumeurs de l'hypophyse est la voie fronto-temporale ; c'est elle qui permet l'abord le plus large de la tumeur et le chirurgien dispose d'un meilleur champ opératoire s'il survient quelque incident ; de plus, elle permet d'opérer les tumeurs solides, ce qui n'est pas possible par la voie nasale ; enfin, elle a le gros avantage d'être absolument aseptique.

LAUZIER.

MÉDECINE LÉGALE

La loi Briggs dans le Massachusetts. Revue et étude critique (The Briggs Law of Massachusetts. A Review and an Appraisal). par Winfred OVERHOLSER. *The Journal Criminal Law and Criminology*, T. XXV, no 6, pp. 859-883, mars-avril 1935.

La loi de protection collective qui vise l'examen mental des récidivistes et des criminels fonctionne depuis 1921 dans l'état de Massachusetts, grâce aux efforts de M. Vernon Briggs. L'expertise devient obligatoire et obéit aux règles de l'expertise occasionnelle. Elle reçoit la sanction d'une approbation légale et sert d'exorde à une histoire clinique qui s'enrichira de documents scientifiques et non pas de réactions anti-sociales. La loi Briggs fait l'économie de jugements contradictoires et de disputes d'experts qui n'apportaient aucun élément de sécurité à la justice, mais menaçaient de la discréditer, elle et la psychiatrie également mises en cause. Elle protège les psychopathes, dépiste les antisociaux et contribue à réaliser une union harmonieuse de la médecine mentale avec la législation criminelle.

P. CARRETTE.

Comment se comporter vis-à-vis du délinquant sexuel ? (How Should the Sexual Offender be Dealt With ?), par Claud MULLINS. *The Médico-Legal and Criminological Review*. T. II, no 3, pp. 236-262, juillet 1934.

Deux tendances contraires partagent médecins et juges sur la question de l'attitude à adopter vis-à-vis des pervers coupables d'outrages publics à la pudeur et d'attentats à mobile sexuel. Les uns recourent à la psychanalyse et croient que la psychothérapie doit réadapter l'individu et protéger la

©BIUM

collectivité. Les autres préconisent la sanction énergique et même renforcée. M. Mullins ne fait pas le procès de la psychothérapie, mais il n'en attend pas de miracles. Il est persuadé que la majorité des délinquants sexuels qu'il a observés ne fournira jamais d'utiles citoyens. « Le meilleur moment pour agir sur les criminels, dit-il, est neuf mois avant leur naissance. » Tant que la conception des individus sera abandonnée au hasard, il y aura peu à espérer des traitements psychologiques et des autres mesures de protection sociale. D'autre part, l'auteur rappelle que le problème des perversions sexuelles et celui de la transmission des maladies vénériennes n'a pas encore reçu de sanctions légales satisfaisantes. P. CARRETTE.

La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile, par Jacques ROUBINOVITCH. *La Presse Médicale*, n° 68, pp. 1338-1341, 25 août 1934.

M. Roubinovitch et ses collaborateurs ont organisé près le Tribunal pour Enfants un service permanent d'examens médico-psychologiques réservé aux mineurs délinquants de la région parisienne. Ils notent, parmi les sujets observés, 70 à 80 % d'anormaux dont l'éducation a été nulle ou très négligée. Par contre, les anormaux sortis de l'Institut de perfectionnement d'Asnières ne deviennent délinquants que dans une proportion inférieure à 1 %. Ces simples chiffres démontrent péremptoirement que si la loi de protection du 15 avril 1909 sur le placement des enfants déficients fonctionnait obligatoirement et dans toute la France, la délinquance juvénile serait rapidement réduite dans de fortes proportions. P. CARRETTE.

L'expertise psychiatrique, par G. HEUYER. *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 31 juillet 1934.

M. Heuyer évoque les difficultés récentes rencontrées par les experts ayant à examiner des inculpés et cite les arguments de M. Toulouse en faveur de l'expertise contradictoire. Il estime qu'une série de réformes s'impose : répartition des Commissions d'expertise, possibilités d'examens mieux organisés, nécessité de suivre l'évolution des cas, modification des formules proposées aux experts. Par voie de conséquence, ces réformes seraient suivies de deux autres dont l'organisation demanderait un effort continu : l'installation des laboratoires d'anthropologie criminelle et la création d'organismes pénitentiaires adaptés aux diverses catégories d'anormaux. Ainsi la question de l'expertise entraîne à considérer la réforme du système répressif tout entier : examen systématique des inculpés, liberté surveillée de certains anormaux, enquête sur la situation familiale et morale des sujets libérables. P. CARRETTE.

Capacité civile et épilepsie (Capacidad Civil y Epilepsia), par Juan RAMÓN BELTRÁN. *La Semana Médica*, n° 2109, pp. 1865-1867, 14 juin 1934.

La loi argentine ne prévoit l'irresponsabilité de l'épileptique que dans les cas où la maladie s'accompagne d'une réaction névropathique aiguë, d'une psychose ou d'une démence secondaire. L'épileptique banal garde sa pleine capacité civile en dehors de ses accès et il existe même des cas où la validité des actes a été admise alors qu'ils avaient été accomplis au cours d'équivalents ou d'états crépusculaires, quand la preuve de l'origine pathologique n'était pas assez nettement établie. P. CARRETTE.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 novembre 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 novembre 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 décembre 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 23 décembre 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Prix de la Société Médico-psychologique.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, présentés pour les *prix à décerner en 1936* (*Prix Aubanel, Prix Belhomme, Prix Moreau de Tours, Legs Christian*) devront être déposés *avant le 31 décembre 1935*, chez le Dr René CHARPENTIER, *Secrétaire général de la Société Médico-psychologique*, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique (Décision du 22 mars 1910).

Les conditions pour le concours des prix à décerner en 1936 ont été publiées dans les *Annales Médico-psychologiques* (numéro de janvier 1935, pages 165-166).

©BIUM

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr Adolphe COURTOIS, Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher).

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur :*

M. le Dr Paul COURBON, Médecin-Chef des Asiles de la Seine ;
M. le Dr LAFAGE, Médecin-Chef à l'Asile de Braqueville (Haute-Garonne).

Distinctions Honorifiques.

Sont nommés *Officiers de l'Instruction publique :*

M. le Dr Pierre COMBEMALE, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Bailleul (Nord) ;
M. le Dr Robert VULLIEN, Chef de laboratoire à la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de la Clinique psychologique d'Esquermes (Nord).

Est nommé *Officier d'Académie :*

M. le Dr Pierre MERLAND, Chef de travaux à la Faculté de Médecine de Marseille, Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône).

Nominations.

M. le Dr R. DEDIEU-ANGLADE, est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Villejuif (Seine) ;
M. le Dr Pierre CLERC est nommé Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;
un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Breuty-la-Couronne (Charente) ;
un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;
un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés d'Alençon (Orne).

Bourse de Voyage de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine.

La Commission, composée de MM. René CHARPENTIER, *président*, COURBON, J. HAMEL, PETIT et Th. SIMON, a attribué à Mlle le Dr M. DEROMBIES, cette bourse de voyage à l'étranger de 5.000 francs, offerte pour la première fois, à l'un de ses membres par l'*Association Amicale des internes et anciens internes des Asiles de la Seine.*

©BIUM

Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine.

Un *concours* pour 8 places d'*interne en médecine* titulaire et la désignation d'internes provisoires des *Asiles publics d'aliénés du département de la Seine,* de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police et de l'Hôpital Henri-Rousselle (service de prophylaxie mentale), s'est ouvert à Paris le *lundi 21 octobre 1935.*

Le *Jury* était composé de M. MICHAUT, Sous-Directeur de l'Assistance départementale à la Préfecture de la Seine, *président,* et de MM. MARCHAND, GUIRAUD, GOURIOU, COURBON, LOGRE, MAUCLAIRE et GARCIN.

28 candidats étaient inscrits.

1° *Questions posées* aux différentes épreuves :

Pathologie :

Signes et diagnostic de la cirrhose de Laënnec.
Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Voies optiques moins la rétine, anatomie et physiologie.

Question de garde :

Conduite à tenir en présence des asphyxies.

2° Questions restées dans l'urne :

Pathologie :

Complications des otites moyennes suppurées. — Signes et diagnostic de l'appendicite aiguë.

Symptômes, diagnostic et complications cardiaques du rhumatisme articulaire aigu. — Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

Anatomie et physiologie du système nerveux :

Lobe temporal gauche. Anatomie et physiologie.
Axe gris médullaire. Anatomie et physiologie.

Question de garde :

Conduite à tenir en présence des hémoptysies.
Conduite à tenir en présence des œdèmes aigus du poumon.

A la suite de ce concours, ont été nommés :

Internes titulaires : 1. M. FEUILLET ; 2. M. RALLU ; 3. M. GUYOT ; 4. M. SCHÉRER ; 5. M. DESMONDS ; 6. M. VIDART ; 7. Mlle BOUCHER ; 8. MM. CARRÈRE et RAUCOULE (*ex æquo*).

Internes provisoires : 1. M. PRIOLET ; 2. M. CORBET ; 3. M. ROYER ; 4. M. THÉSÉE.

Réforme du Règlement des Etablissements publics d'aliénés.

Le Ministre de la Santé publique et de l'Education physique ayant constaté que les règlements des Asiles d'aliénés étaient, pour la plupart, très anciens, remontant parfois à 1870 ou même à 1857, a chargé une Commission, composée de M. PLYTAS, Inspecteur général des Services administratifs ; de M. le Dr M. OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de

©BIUM

Blois et de M. TOURNAIRE, Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Clermont-de-l'Oise, de préparer un *Règlement-type* tenant compte des nécessités actuelles du service. Après avoir pris les directives du Ministre, la Commission a tenu sa première séance le 6 août 1935.

Inspection des Services de psychiatrie de l'Algérie.

M. le Professeur POROT, *Conseiller sanitaire technique du Gouvernement général* pour la psychiatrie, est chargé du *contrôle technique permanent des services de psychiatrie* relevant de la Direction de la Santé publique *du Gouvernement général de l'Algérie*. Ce contrôle s'étendra à tous les services des aliénés tranquilles, aux services des enfants anormaux et à l'hôpital psychiatrique de Joinville, à Blida.

Les inspections de M. le Professeur Porot auront lieu conformément aux instructions générales de M. le Directeur de la Santé publique.

Hommage à la mémoire de Legrand du Saulle.

La Ville de Paris vient de donner le nom de LEGRAND DU SAULLE à un Square situé dans le XIII[e] arrondissement.

Le nom de ce grand aliéniste, né à Dijon à 1830, a déjà été donné à une rue de sa ville natale et à une rue de Clamart (Seine).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société Suisse de Neurologie et de la Société Suisse de Psychiatrie.

L'assemblée d'automne de la *Société Suisse de Neurologie* aura lieu cette année en commun avec la *Société Suisse de Psychiatrie* à *Fribourg*, les *9 et 10 novembre 1935*, sous la présidence de M. le D[r] Charles DUBOIS (de Berne) et de M. le D[r] FLOURNOY (de Genève).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour de cette assemblée : « *L'importance des troubles humoraux et des avitaminoses en neurologie et en psychiatrie* ». Rapporteurs : MM. G. MOURIQUAND (de Lyon), F. GEORGI (d'Yverdon) et V. DEMOLE (de Bâle).

De nombreuses *communications* sur des sujets de neurologie et de psychiatrie sont également annoncées.

VII[e] Réunion Annuelle de l'Association Espagnole de Neuro-psychiatrie.

La *VII[e] Réunion annuelle* de l'*Association Espagnole de Neuro-psychiatrie* se tiendra à *Madrid* les *18, 19 et 20 novembre 1935*, sous la présidence du Professeur E. MIRA (de Barcelone).

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de cette réunion :

« *La valeur des nouvelles orientations anthropologiques pour la psychothérapie.* » Rapporteurs : MM. R. SARRÓ (de Barcelone) et L. VALENCIANO (de Madrid).

©BIUM

« *Le liquide céphalo-rachidien en psychiatrie.* » Rapporteurs : MM. A. Feijóo (de Bilbao) et J. Salas (de Ciempozuelos).

« *Les règles à suivre pour la détermination de la capacité civile en psychiatrie.* » Rapporteurs : MM. D. Nielo (de Madrid) et J. Fuster (de Barcelone).

Des *communications diverses* pourront être faites.

Une *exposition* d'œuvres d'art exécutées par des malades mentaux sera organisée à l'occasion de cette réunion.

Assemblée Annuelle de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale.

Cette Assemblée se tiendra à *Madrid*, du *18 au 20 novembre 1935*, à l'occasion de la VII[e] Réunion annuelle de l'Association Espagnole de Neuro-psychiatrie.

I[er] Congrès de la Fédération Internationale des Sociétés d'Anthropologie et psychologie criminelle, de biologie criminelle, de prophylaxie criminelle, etc...

Ce Congrès, organisé par la *Société italienne d'anthropologie et de psychologie criminelle*, se réunira à Rome au mois d'*avril 1936*, sous la *présidence* du Sénateur Mariano d'Amelio, président du Comité Directeur du Congrès International.

A cette occasion, les Congressistes pourront visiter les Etablissements récemment créés en Italie pour la prévention de la criminalité et la rééducation sociale des délinquants, à Rome, Naples, Aversa, Orvieto, etc.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur Benigno Di Tullio, *secrétaire général* du Congrès international (Société italienne d'anthropologie et de psychologie criminelle, 52, via Guilia, à Rome), ou, pour les adhérents français, au D[r] Yves Porc'her, médecin-chef à l'Asile de Ville-juif (Seine).

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Chaire de Neuro-psychiatrie et de médecine légale.

M. le Médecin-Commandant Pommé, professeur agrégé du Val-de-Grâce, est nommé professeur titulaire de la chaire de Neuro-psychiatrie et de Médecine légale à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire, à l'Hôpital Militaire du Val-de-Grâce.

PRIX CESARE-LOMBROSO

M. le D[r] Louis Vervaeck, de Bruxelles, a été désigné à l'unanimité comme lauréat pour 1934 du *Prix Cesare-Lombroso* d'anthropologie criminelle, juste consécration de ses beaux travaux et des remarquables résultats pratiques obtenus par lui dans la réforme pénitentiaire.

©BIUM

NÉCROLOGIE

Adolphe Courtois (1903-1935).

La mort inattendue, prématurée, d'Adolphe Courtois vient de plonger dans la consternation le monde médical des Asiles. Il y a quelques jours encore, il était en pleine santé, en pleine activité, se donnant tout entier à son service de l'asile de Chezal-Benoît, dont il était le directeur-médecin depuis quelques mois. Une affection suraiguë vient de le ravir à l'affection des siens avec une telle rapidité que ses plus chers amis apprirent sa mort avant de savoir qu'il était souffrant.

Il était né en 1903, d'une famille protestante, à Thorigny-sur-Oreuse, où son père exerçait la médecine. Après de brillants succès au lycée de Sens, il vint à Paris faire ses études de médecine. Externe des hôpitaux en 1923, il reçut à la Salpêtrière, dans le service du Professeur Guillain, une forte instruction neurologique dont l'empreinte se retrouve dans tous ses travaux psychiatriques. Interne des Asiles de la Seine en 1927, il devint mon élève à l'Asile de Villejuif et rapidement mon collaborateur, car j'avais reconnu en lui un sujet d'élite. Il passa ses autres années d'internat à l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle, avec son beau-frère le docteur Toulouse. C'est là que sa personnalité ne tarda pas à se dessiner. Sa thèse sur le *Syndrome comitio-parkinsonien* (1928), traite d'un sujet où les connaissances neurologiques tiennent une place aussi grande que les conceptions psychiatriques puisqu'il est caractérisé par l'association de trois éléments : débilité mentale, épilepsie et parkinsonisme.

Nommé au concours médecin-assistant de l'Hôpital Henri-Rousselle (1931), puis médecin des Asiles d'aliénés (1931), il entreprit une série de recherches ininterrompues dans lesquelles l'étude clinique s'associait aux recherches biologiques et anatomo-pathologiques. Dans tous ses travaux, on retrouve le même esprit scientifique, la même netteté d'idées, le même bon sens. Il prenait une part très active aux réunions de nos Sociétés savantes. Consciencieux et modeste, il ne cherchait pas à éblouir, il exposait simplement mais clairement ses observations et, après les avoir commentées, il mettait en valeur, en quelques phrases, le point intéressant du cas.

Il serait fastidieux d'énumérer sèchement la liste de ses travaux. La plupart ont été publiés dans les *Annales médico-psychologiques*, la *Presse médicale*, les bulletins de la *Société de Biologie* et la *Prophylaxie mentale*. Les titres même de ses articles et communications montrent qu'il avait une prédilection marquée pour l'étude des affections mentales à base organique auxquelles il appliquait les plus récentes découvertes humorales. Il était convaincu que les progrès de la médecine mentale dépendaient de son alliance avec toutes les autres sciences. Il a étudié spécialement les modifications du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, les états dépressifs, les variations sérine-globuline dans les affections mentales aiguës ; il s'est attaché à montrer que certains syndromes mentaux chroniques de l'adulte, considérés jusqu'alors comme de simples psychoses, n'étaient que des séquelles d'encéphalopathies de l'enfance ou d'encéphalite. Il a publié de nombreux articles originaux concernant l'épilepsie, la paralysie générale aiguë, l'encéphalite épidémique, l'alcoolisme mental. Mais le nom de Courtois restera

©BIUM

attaché à une constatation des plus importantes au point de vue biologique ; c'est lui qui, au cours de recherches faites en collaboration avec Toulouse et nous-même sur les *Encéphalites psychosiques aiguës*, décela la rétention uréique et montra l'intérêt pronostic des dosages répétés de l'urée sanguine. Ses conclusions sont exposées dans notre livre, « *Les Encéphalites psychosiques* », publié récemment. Courtois disparaît en pleine production de travail laissant un grand nombre de travaux inachevés.

Ce n'est pas seulement le savant dont nous déplorons la perte, mais aussi l'homme privé, car il était aimé de tous. Ceux qui l'ont vu à l'œuvre à l'Hôpital Henri-Rousselle dont il était devenu, pourrait-on dire, la cheville ouvrière, ont pu apprécier les services immenses qu'il y rendit, surtout au service d'observation. Médecin résidant il était toujours présent, passant toutes ses journées au milieu des malades. Chaque fois qu'un cas intéressant ou compliqué se présentait, il demandait l'avis de ses maîtres. C'est toujours avec admiration que j'assistais à ses examens, pendant lesquels il captait la confiance du malade par la bienveillance de son regard et la douceur de son sourire.

Nous avons rempli le pieux devoir d'assister à ses obsèques, qui eurent lieu à Thorigny, charmant petit bourg situé au pied d'une colline dominée par le cimetière. C'est là que Courtois repose son dernier sommeil, auprès d'un bois de bouleaux qu'il aimait à parcourir durant ses vacances dans sa famille. Une nombreuse assistance, composée d'amis, de collègues, d'infirmiers et d'infirmières, de délégués de la Préfecture et du Conseil général de la Seine, était venu dire un dernier adieu à ce savant que la mort, contrairement aux lois naturelles, venait de terrasser en pleine jeunesse.

M. Michaut, sous-directeur des affaires départementales, au nom de M. le Préfet de la Seine, a prononcé sur sa tombe, en termes touchants, un discours dans lequel il montra que, si Courtois était véritablement homme de science, il s'était révélé rapidement un administrateur remarquable. Un surveillant de l'Asile de Chezal-Benoît a tenu à adresser un dernier salut à celui qui avait su se faire aimer de tout son personnel par sa cordialité, par sa complaisance et par ses sentiments de justice.

Uni depuis de longues années à mon Maître le Dr Toulouse par des liens d'une solide amitié et par une étroite collaboration scientifique, j'avais étendu ma profonde affection à son beau-frère, qui était devenu pour moi bien plus qu'un élève aimé. Je me joins de tout cœur à la douleur de mon vénéré Maître, de Madame Toulouse, de sa famille, et je ne peux, tout en éprouvant un sentiment de révolte contre le destin aveugle, trouver un mot de consolation pour sa mère affectionnée et pour son malheureux père qui, âgé de 81 ans, n'aura tant vécu que pour subir les épreuves successives de la maladie foudroyante de son fils et de son affreux dénouement.

L. MARCHAND.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé)*. — 50.900

©BIUM

TOME II. — N° 4 NOVEMBRE 1935

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA PATHOLOGIE DANS L'HISTOIRE

Psychologie et maladies d'Alphonse-Louis du Plessis de Richelieu

PAR

J. ROGUES DE FURSAC

Il n'est pas douteux que l'Histoire a fait un progrès le jour où elle a pris contact avec la Médecine. Des fluctuations et des variations déconcertantes dans la politique d'une époque, des drames obscurs, des cruautés en apparence sans mobile et sans but ont reçu une explication satisfaisante le jour où l'on a mis en évidence, chez celui qui en porte la responsabilité, une perversion, un état dépressif, une constitution cyclothymique ou toute autre anomalie mentale. L'effroyable carrière d'Ivan le Terrible ne peut se comprendre sans le sadisme. Le comportement étrange de Philippe-Auguste vis-à-vis de sa femme Ingeburge restera une énigme pour quiconque ignore les phobies sexuelles.

Malheureusement, la pathologie historique est une discipline ardue, dont la pratique est délicate. Pour en obtenir tout ce qu'on est en droit d'en espérer, il faudrait être à la fois médecin, connaissant à fond la pathologie — toute la pathologie — et historien, rompu aux méthodes de recherche et de critique. C'est beaucoup demander. Le plus souvent, l'auteur d'une étude de

©BIUM

pathologie historique est l'un ou l'autre : s'il n'est que médecin, il risque de se laisser égarer par des témoignages mensongers, légers ou tendancieux, et s'il n'est qu'historien, il sera fort embarrassé devant les problèmes d'ordre médical qu'il aura à résoudre.

Faut-il donc désespérer et renoncer à étudier l'histoire à la lumière de la médecine ? Non sans doute, puisque, ainsi qu'il vient d'être dit, l'expérience montre que des résultats intéressants peuvent être obtenus. Il paraît possible, en effet, de faire œuvre utile, en pathologie historique, à une condition : travailler sur de bonnes biographies, des biographies qui prennent le personnage avant sa naissance — si l'on peut ainsi parler — c'est-à-dire qui fouillent son hérédité, puis le suivent dans les diverses phases de son évolution physiologique et psychologique et dans les étapes successives de sa vie publique et privée, s'attachant aux faits, rien qu'aux faits, ne s'intéressant aux jugements des contemporains, pour les homologuer ou les rejeter, qu'à la fin du travail, quand les conclusions se dégagent d'elles-mêmes de la masse des données accumulées. En somme, il faudrait des biographies établies suivant les mêmes règles qu'une observation médicale, avec le seul souci de noter des faits et de les noter le plus exactement possible, sans la préoccupation d'arriver à un diagnostic plutôt qu'à un autre.

C'est une biographie de ce type que nous offre M. Deloche, dans le livre qu'il vient d'écrire sur Alphonse-Louis de Plessis de Richelieu, frère aîné d'Armand, le Cardinal-Ministre (1).

En dehors des historiens de profession, bien peu, sans doute, connaissent, autrement que de nom, cet homme, dont le *Larousse* se borne à nous apprendre « qu'il laissa la réputation d'un honnête homme et d'un pieux évêque », qui fut cela, mais qui fut aussi quelque chose de plus.

M. Deloche nous brosse, d'Alphonse de Richelieu adolescent, un portrait dont la vigueur est une garantie d'objectivité et un gage de sincérité.

Au point de vue physique, il a hérité de son père, le Grand Prévot, « pommettes saillantes et mâchoire forte, signe d'opiniâtreté ; lèvre supérieure charnue et bouche large accusant la bonté ; masque placide, sans mobilité ; regard droit et ferme, sans expression ». De sa mère « il a l'arcade sourcilière proéminente

(1) Maximin DELOCHE. — *Un frère de Richelieu inconnu. Chartreux, Primat des Gaules, Cardinal, Ambassadeur.* Documents inédits. Paris, 1935. Desclée de Bronwer édit. — Cet ouvrage fait partie d'une suite de monographies consacrées par l'auteur à la famille de Richelieu.

©BIUM

et le menton accusé », mais « rien de son charme et de sa séduction qu'elle semble avoir réservés à son cadet Armand ». Sa démarche est mal assurée. « Il se balance en marchand, un tic qui s'accentue avec le temps. » « Il est malingre ; son tempérament est maladif, son caractère inquiet, triste et même sombre, un héritage de son père surnommé Tristan l'Hermite. Sa voix est faible ; il éprouve de la gêne à s'exprimer tout haut. Sa timidité est excessive. Renfermé en lui-même, il est d'un sérieux au-dessus de son âge, ne recherchant ni les distractions ni les jeux qui le laissent indifférent. D'un esprit pénétrant, il aime l'étude et concentre sur elle toutes ses énergies, avec une ardeur d'autant plus exclusive que les exercices physiques lui sont interdits, et par sa faiblesse de constitution et par sa maladresse native. Il s'y livre avec une nervosité morbide... » Et il y réussit, tout en se montrant passablement exclusif. « Il dépasse vite ses condisciples. En rhétorique, ses exercices de développements littéraires lui valent, par leur élégance, des louanges et des lauriers ; mais autant l'éloquence romaine le séduit, autant les chiffres, les fables, la mythologie sont l'objet de son mépris ; quand à la prosodie, elle le rebute.

« La rigueur de la logique lui plaît, et conquiert son esprit porté au raisonnement ; la physique le récrée, en ouvrant des champs à son imagination qui s'applique à y trouver des principes de morale. Il se plonge avec ardeur dans les théories des philosophes.

« Des historiens anciens, Tacite a ses préférences. Dans l'*Histoire de France,* les infortunes des rois lui arrachent des pleurs. » Nous verrons aussi que les « infortunes » des peuples ne le laissent pas indifférent, ce qui de son temps n'était pas très commun.

En somme, une personnalité peu séduisante au premier contact, mais qui a son originalité.

« Malingre », « tempérament maladif », écrit l'auteur. Et de fait, l'enfance et l'adolescence d'Alphonse sont émaillés « d'indispositions fréquentes ». Les documents du temps ne nous disent rien de précis sur ses « indispositions ». Par contre, en ce qui concerne sa psychologie, un fait nous est rapporté avec quelques détails. L'historien n'y voit qu'un trait de caractère. Pour le psychiatre, il a la valeur d'un véritable syndrome. Le voici. Quand il s'agit de choisir une carrière pour Alphonse, la famille décida qu'il entrerait dans l'ordre de Malte. Cet ordre, mi-religieux, mi-guerrier, convenait assez bien à ce jeune homme aux mœurs austères et au tempérament taciturne. Mais il y avait un

©BIUM

obstacle. Les chevaliers de Malte voyagent beaucoup sur mer. Or, Alphonse a horreur de l'eau, une horreur innée, invincible, phobique, disons le mot : pathologique. Les siens le lui reprochent et veulent y voir « une marque de pusillinamité infamante ou de bas calcul ». Humilié, Alphonse décide de montrer que s'il a de la répulsion pour l'eau, ce n'est pas qu'il ait peur de se noyer. « Un jour, il réunit quelques amis..., ignorant la natation comme lui, et les conduit jusqu'au bord de la rivière. Là, devant eux, il se jette brusquement à l'eau, se débat et coule à pic. Alerté par les cris d'affolement, un batelier voisin arrive à force de rames et le retire inanimé. Dès qu'il a repris ses sens : « N'est-il pas « prouvé maintenant, s'écrie-t-il d'une voix entrecoupée, qu'il ne « me reste rien à apprendre et qu'il n'est pas de péril que je n'af- « fronte. » Cette fois, la famille comprend et n'insiste plus. On renonce pour le jeune homme à l'ordre de Malte. On le fait d'Eglise et c'est pour lui une longue carrière ecclésiastique, qui va se dérouler successivement chez les Chartreux, à l'Archevêché d'Aix et à l'Archevêché de Lyon, avec le titre de Grand Aumônier de France et le chapeau de Cardinal.

Il serait vain de vouloir s'illusionner : cette phobie de l'eau réalise un trouble d'ordre psychonévropathique nettement caractérisé — Magnan aurait précisé : un syndrome de dégénéré. Et de fait, Alphonse de Richelieu est un psychonévropathe.

M. Deloche lui attribue une double constitution pathologique : la constitution mélancolique et la constitution hyperémotive. Il semble bien qu'il ait raison. C'est en mélancolique qu'Alphonse regarde la vie et qu'il la juge. Et c'est en mélancolique qu'il la quitte, bourré de scrupules et torturé de regrets, « hanté par le remords d'avoir quitté sa cellule, de ne pouvoir présenter à Dieu que de vains titres ». Au Jésuite qui vient d'entendre sa dernière confession, il dit : « Peut-être eût-il mieux valu mourir sur la couche de dom Alphonse (c'est-à-dire simple chartreux) que dans le lit du cardinal. » Et le Jésuite, diplomate comme toujours, répond : « Votre Eminence est dans le lit du cardinal de Lyon avec toute la vertu de dom Alphonse. »

L'hyperémotivité se manifeste, chez Alphonse de Richelieu, chaque fois qu'il se heurte à une difficulté un peu sérieuse. A la suite de démêlés qu'il a avec le Parlement d'Aix, contre lequel il se défend d'ailleurs vaillamment, il tombe malade et doit faire une saison aux eaux de Meynes, près de Nimes. Envoyé à Rome comme ambassadeur du roi de France, il se sent désorienté au milieu des redoutables intrigues de la Cour Pontificale au point d'en concevoir un « dégoût de l'humanité qui va jusqu'au mé-

©BIUM

pris ». De plus — et cela est particulièrement caractéristique — au milieu de toutes les malpropretés dont il est témoin, il redoute de se voir lui-même soupçonné, et il se livre fréquemment à « une affirmation de sa probité qui serait choquante dans toute autre bouche que la sienne ». Naturellement, il tombe encore malade. Il doit s'isoler un mois près de Viterbe, en raison de son état de dépression, peut-être aussi en raison d'une atteinte de malaria, car il se plaint d'avoir la fièvre. A son retour, « il est encore si abattu qu'à peine il a le courage d'écrire ». — Je me borne à citer ces deux exemples. Son biographe en rapporte un grand nombre, tous aussi typiques.

Sur cette constitution morbide, apparaissent des phénomènes névropathiques fort nets. Il en est d'objectifs. C'est ainsi que dans la lettre où il annonce son départ pour Viterbe, Alphonse parle « des mouvements de son bras plus violents qu'à l'ordinaire ». Comme il serait intéressant de savoir en quoi consistaient ces mouvements du bras ! Tic ? tremblement ? mouvement choréiforme ? Hélas ! La plume d'Alphonse s'est arrêtée à cette brève mention et nous n'en saurons jamais davantage. Ailleurs, il mentionne des troubles purement subjectifs, mais bien curieux et sur lesquels on peut, cette fois, mettre une étiquette. Lisez ce morceau, écrit en été 1640, après le retour de Rome :

« Il me semble que j'ai toutes les neiges de la Grande Chartreuse sur la tête, que mon cerveau forme des grêles pour battre en ruine mon pauvre estomac, que je suis enchassé dans des glaces, comme vous voyez quelquefois des mouches dans l'ambre, que ma chaleur naturelle est quasi toute éteinte, et que tous les inconvénients dont il est fait mention dans le pénultième chapitre de l'*Ecclésiastique* arrivent chez moi à la foule... »

Comment ne pas reconnaître dans cette description fumeuse — en dépit des neiges de la Grande Chartreuse dont il y est question — des cénesthopathies, c'est-à-dire de ces sensations si étranges qu'aucun langage humain n'a de vocables pour les exprimer et que le malade en est réduit, pour essayer d'en donner une idée, à accumuler les comparaisons, les métaphores et les hyperboles les plus fantastiques ?

Une des particularités psychonévropathiques d'Alphonse de Richelieu qui a le plus frappé ses contemporains est son besoin de mouvement que M. Deloche n'hésite pas à qualifier — et le terme est juste — de dromomanie. Alphonse a horreur de l'immobilité, presque autant qu'il a horreur de l'eau, et celle du cloître lui pèse. Le « spaciement » — la promenade hebdoma-

©BIUM

daire hors du monastère — ne suffit pas à satisfaire son besoin de marcher. « Il arpente fièvreusement le promenoir de sa cellule aussi longtemps que son esprit scrupuleux l'y autorise » — c'est-à-dire aussi longtemps qu'une interprétation honnête de la règle de saint Bruno le lui permet — et ne retrouve la tranquillité qu'à ce prix. La bougeotte est chez lui chronique et incurable. On en trouve les manifestations tout le long de sa vie. Fort heureusement, elle fait bon ménage avec ses fonctions qui, dans les diverses situations qu'il occupe, l'obligent à de fréquents déplacements.

Les ennemis de son frère — par conséquent les siens — ont largement exploité ce travers pour le discréditer, n'hésitant pas, comme toujours en pareil cas, à grossir les faits et, au besoin, à les dénaturer. Un pamphlétaire écrit que « les Chartreux de la Grande Chartreuse furent une fois contraints de le tenir dix-huit mois enfermé dans sa cellule », ce qui est une pure invention. Tallemant des Réaux, de son côté, déclare tout simplement : « Cet homme avait quelque pente à la folie ; la solitude l'achevait. Pour cela, les Chartreux de la Grande Chartreuse le firent Procureur. » Un peu de vrai, beaucoup d'exagération et une interprétation malveillante gratuite dans ces quelques lignes. Sans doute, ses supérieurs n'avaient pas été sans remarquer que la solitude et l'immobilité convenaient mal au jeune religieux. Mais s'ils le firent procureur, c'est qu'ils le jugeaient capable, grâce à ses qualités d'intelligence, de conscience et d'énergie, de bien remplir cette charge. Et ils ne se trompèrent pas, car il sut défendre avec courage, et d'une façon efficace, les intérêts de son monastère. « Voilà, écrit M. Deloche, l'origine de la légende du déséquilibre mental du frère de Richelieu, légende tendancieuse augmentée de celle des excentricités de leur sœur Nicole dont nous nous proposons de faire justice. »

Cet état psychonévropathique complexe coexistait avec un état organique sur lequel, une fois — une seule fois — des détails nous sont fournis par le malade lui-même et dans une circonstance assez amusante. De Lorme, son médecin de Paris, correspond à son insu avec son apothicaire, ce qui montre, soit dit en passant, que dans son entourage on avait de sérieuses préoccupations sur sa santé. Une lettre tombe aux mains d'Alphonse « qui répond avec esprit aux lieu et place du praticien en détaillant au médecin les symptômes de sa maladie : défaillances fréquentes au cours desquelles il a perdu deux fois la vue, conservant néanmoins toujours sa raison et sa connaissance ; visage d'un beau jaune doré ; oppression de poitrine sans arrêt, suivant le temps

©BIUM

aboutissant à des catarrhes de « blaireau enfumé », quelques accès de fièvre ayant cédé à trois saignées... ». Ictère, ébauches de lipothymies, dyspnée : il est bien tentant de faire un diagnostic d'état hépato-cardiaque. Notons, d'autre part, que vers la même époque Alphonse fait une cure à Vichy, ordonnée par de Lorme, et qu'il en obtient des résultats excellents — meilleurs sans aucun doute que ceux qu'il obtenait du chocolat dont il paraît avoir fait un usage immodéré, au grand scandale des gens bien pensants, le chocolat étant alors considéré comme « un agent damnable des mécréants et des sorciers ». Notons enfin qu'il devait mourir d'une hydropisie « qui avait gagné ses jambes », ce qui fait immédiatement penser à une ascite ancienne. Notre diagnostic, pour hypothétique qu'il soit, apparaît de plus en plus défendable et l'on est en droit de penser que l'auto-intoxication hépatique a joué son rôle dans la genèse — tout au moins dans l'aggravation — des troubles psychonévropathiques développés sur la constitution anormale du sujet.

Voilà donc notre homme: un anormal et un malade. Nous avons commencé par l'envers de la médaille. Voyons un peu l'autre côté.

Bien que malade et anormal, Alphonse de Richelieu fut un homme actif et utile. A la Chartreuse, il se montra procureur zélé et énergique ; dans ses deux archevêchés, administrateur pratique et, par dessus tout, pasteur admirable ; dans les diverses missions qui lui furent confiées — et qu'il n'accepta d'ailleurs le plus souvent qu'à son corps défendant —, négociateur prudent et avisé. Enfin, il fut pour son frère, devant le génie duquel il s'inclinait, tout en sachant garder sa dignité et même une certaine indépendance, un collaborateur précieux. Les exemples abondent dans le livre de M. Deloche : qu'on lise et on sera convaincu. Je me bornerai ici à citer quelques traits où se réflètent sa bonté, son dévouement et son courage.

Alors qu'il est archevêque d'Aix, on vient l'avertir un jour « qu'on ne trouve aucun confesseur pour un pauvre malade couvert d'ulcères exhalant une odeur épouvantable. Il se rend auprès de lui, entend sa confession, lui administre les Sacrements et lui ferme les yeux... ». Ce trait — qui fait l'éloge du prélat, mais qui n'est pas à l'honneur de son clergé — fit grand bruit et les prédicateurs, désireux de flatter leur achevêque, ne manquaient pas de le citer en chaire. « Il n'était dès lors plus de sermon qui ne lui rappelât cet acte de charité, en chantant ses louanges et sa modestie en gémissait assez pour qu'à son lit de mort il déplorât amèrement le zèle des prédicateurs. »

©BIUM

J'ai dit plus haut qu'Alphonse de Richelieu était capable, contrairement à la plupart de ses contemporains, de s'émouvoir des infortunes des peuples — représentés pour lui par ses ouailles — aussi bien que des infortunes des rois. Les calamités publiques, sous quelque forme qu'elles se présentent, lui sont en effet autant d'occasions de manifester son inépuisable bonté — non la bonté bébête et stérile du débile, si magistralement décrite par René Charpentier au dernier Congrès de Médecine mentale, mais la bonté agissante, efficiente, courageuse jusqu'à l'héroïsme quand il le faut.

Voyez-le pendant la peste de Lyon (été 1638). « La plupart des bourgeois et artisans se retiraient à la campagne, mettant en pratique l'ancien proverbe connu : « Fuir vite, s'en aller loin, « revenir bien tard ». Pour lui, il s'installait dans son palais assiégé par les indigents, et y restait avec un courage héroïque pendant toute la durée de l'épidémie. Il ne consolait pas seulement par sa présence ses ouailles affligées, en remontant leur moral ; il payait de sa personne, visitant chaque jour des pestiférés, soit dans leurs maisons, soit dans les hôpitaux. Un jour il apprend que deux Franciscains ont contracté le terrible mal en assistant les malades ; il se rend à l'Hôpital Saint-Laurent-des-Vignes au Faubourg de la Quarantaine, où ils agonisent abandonnés, les confesse et les administre. » Il savait réprimander — et durement — les défaillances du clergé et des religieux des deux sexes. Les Ursulines de la Vieille Monnaie ayant demandé que l'on transférât leur couvent hors d'atteinte de l'épidémie, il les rappela à leur devoir par une lettre sévère où on lit notamment cette phrase : « Vous êtes déjà mortes (1), et vous avez peine à vous résoudre à mourir. »

Alphonse sait aussi, à l'occasion, défendre les intérêts pécuniaires de ses administrés. En 1638, les impôts sont lourds et les Lyonnais en ont leur part. On leur demande 150.000 livres pour un impôt de guerre. Leur archevêque trouve la somme excessive. Il prend leur parti avec une « âpreté qui contraste avec son incurie pour ce qui le regarde personnellement ». Il a pour peindre la détresse et la désolation dont il est témoin dans son diocèse des mots énergiques. Il obtient que la somme soit ramenée à 20.000 écus et quand le secrétaire d'Etat s'adresse à lui pour qu'il invite le commissaire à faire la levée, il refuse ce rôle d'exécuteur en des termes qui ne manquent pas de fierté : « C'est, répond-il, le rôle d'un gouverneur qui a l'autorité du Roi en mains

(1) Mortes au monde.

©BIUM

et non pas d'un évêque dont l'office est d'intercéder pour les peuples envers Dieu et son représentant sur la terre. »

Ces anecdotes parlent en faveur d'Alphonse de Richelieu, et parlent haut.

Et pourtant... dans l'histoire de cet homme généreux et héroïque, dont l'altruisme (un mot qu'il ne connaissait certainement pas) se manifestait avec éclat et qui pardonnait tout quand il s'agissait de lui-même (il refusa de porter plainte contre un individu qui s'était livré sur lui à des voies de fait), il y a un trait de cruauté, de cruauté féroce. « Un jour, il trouvait, sur le quai de Marseille, traité avec égard, et ne portant qu'un petit fer à la jambe, le baron de Roman, condamné aux galères pour avoir essayé de lever quelques troupes pour la Reine-Mère ; il le faisait saisir, raser et attacher à la rame où le malheureux se laissait mourir de regret. » Et cette peste de Tallemant, tout heureux de rapporter le fait, d'ajouter : « Il avait sans doute, ce jour-là, quelque accès de folie. » M. Deloche pense que cet acte d'effroyable sévérité a été dicté par un sentiment exacerbé du devoir envers l'autorité royale, dont Alphonse se considérait comme le représentant. « Quand il s'agissait de l'Etat ou d'un ordre du Roi, écrit-il, la punition lui était un devoir sacré, comme à son frère. » L'interprétation de l'auteur est admissible. Mais cette rigidité dans la conception du devoir n'en est pas moins une anomalie. Alphonse, n'ayant pas les mêmes responsabilités que son frère, ne peut bénéficier de la même excuse. Il aurait pu fermer les yeux sur le pauvre baron de Roman, traînant son petit fer et traité avec égard sur la Cannebière, sans que la Monarchie fût mise en péril. Son jugement, en l'occurrence, a manqué de souplesse. Il a raisonné comme un paranoïaque, lui si peu paranoïaque d'autre part! Alphonse de Richelieu, « honnête homme et pieux évêque », est un homme terriblement complexe.

Il faut savoir gré à M. Deloche de nous l'avoir montré dans toute sa complexité, d'avoir su éclairer toutes les faces de sa personnalité, d'avoir mis sous nos yeux, avec la même franchise, les vertus et les travers, les anomalies constitutionnelles et l'élévation morale, l'intelligence lucide et le tempérament morbidement inquiet, la bonté de toute une vie et la cruauté d'un jour. Il nous a donné une biographie dont la médecine peut tirer parti, une « observation ». — observation de plus de 500 pages — sur laquelle le clinicien peut travailler utilement. Souhaitons, pour la Pathologie historique, qu'il en soit écrit beaucoup de la même qualité.

©BIUM

SUR UN MÉCANISME DES VISIONS MYSTIQUES

(L'hallucination métesthésique)

PAR

PIERRE QUERCY

Pendant les rigueurs de l'ascèse et les joies ou les souffrances de la voie illuminative, dans l'ardeur ou le sommeil de la contemplation, dans l'action même, le saint, le débutant, l'hésitant, le rebelle élu, voient, entendent, respirent, touchent des objets tels que le Christ.

Le fou en fait autant ; les maladies mentales donnent des délires religieux, des états mystiques, des visions, des touches divines, des extases, ou cette activité qui faisait dire sainte Thérèse rebelle et « coureuse », ou cette obstination qui peut mener un délirant comme un saint à l'ascétisme, au triomphe, au martyre.

I

D'abord un très bref schéma de ce que me paraît être la pensée des grands Mystiques sur les visions (1).

Ils savent les classer à divers points de vue, parmi lesquels reparaissent toujours celui de la forme psychique et celui de la cause.

La cause peut être divine, diabolique ou pathologique.

La forme psychique est également triple, et la « trichotomie » mystique distingue des visions *corporelles, imaginatives, intellectuelles,* ce qui signifierait ceci :

1° Visions *corporelles :* visions où le mystique voit de ses

(1) Cf. un précédent travail sur *Sainte-Thérèse in l'Hallucination,* I, Paris, 1930.

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Novembre 1935.

©BIUM

yeux un être tel que le Christ. Souvent malignes ou morbides, ces visions seraient alors nos hallucinations sensorielles.

2° Visions *imaginatives :* visions où les sens sont au repos, mais où le mystique, son imagination actionnée par Dieu, le diable ou la nature, imagine, voit avec les yeux de l'âme, a des visions intérieures, ou, comme on dit parfois en psychiatrie, « psychiques ».

3° Visions *intellectuelles* où, sans perception visuelle, sans images non plus, la pensée, animée par Dieu, conçoit, reçoit des idées magnifiques.

Je crois que la trichotomie mystique a été mal traduite et qu'on peut la comprendre ainsi :

1° Visions *corporelles :* visions où le mystique voit un objet, saint Michel par exemple, parce que, en effet, saint Michel ou un équivalent est présent. Le mystique, comme tout le monde, voit une chose parce que cette chose est là, faite visible pour lui, faite invisible pour autrui. Il y a vision corporelle quand un corps est présent.

2° Visions *imaginatives.* Ici, il y a vision comme dans le cas précédent, mais l'objet vu est absent. Le Christ que voit le mystique n'est pas là, et, à la place où le mystique voit le Christ, cette lumière, il n'y a rien, ou il y a la nuit ordinaire. Et pourtant, le mystique voit, au sens le plus matériel du mot. Il voit le Christ absent, et il le voit au besoin les yeux fermés, comme nous voyons dans les rêves de notre sommeil.

Pourquoi cette vision est-elle dite imaginative ? Parce que l'objet est absent, parce que c'est l'imagination du sujet, activée par Dieu, qui fournit l'objet, virtuel, de la vision.

3° Visions *intellectuelles.* Ici, les souvenirs ou images qui s'éveillent dans le mystique restent des souvenirs, des images, et ne deviennent pas des sensations. Le sujet pense, imagine intensément le Christ et il croit, constate, sait que cette pensée, cette image, lui est donnée par Dieu, mais il ne voit pas, n'entend pas. Comme dit le vocabulaire qu'on nous a enseigné en philosophie, le mystique imagine, spontanément ou sous l'action directe de Dieu. Et s'il appelle ces visions « intellectuelles » et non « imaginatives », c'est parce qu'il appelait « idée » et « intelligence » ce que nous appelons « image » et « imagination ».

Ses idées et ses visions intellectuelles sont nos images et nos visions imaginatives ; ses images et ses visions imaginatives sont nos hallucinations sensorielles ; et ses visions corporelles sont, pour lui comme pour nous, la vision d'un objet réel et présent.

©BIUM

Si l'on fait l'effort de dépasser les analogies verbales pour tenir compte du sens qu'avaient, en mystique, nos termes philosophiques, on a :

Vocabulaire mystique	Traduction contestée	Traduction proposée
Vision corporelle	Hallucination sensorielle	Perception d'un objet présent
Vision imaginative	Vision intérieure	Hallucination sensorielle
Vision intellectuelle	Pensée	Vision intérieure

*
**

Les visions divines (comme les visions diaboliques ou pathologiques) sont généralement *imaginatives*, ce qui signifie trois choses :

1° Cette Colombe, ce Christ qui me parle, cet ange qui me visite, cette lance qui me stigmatise, cette Vierge qui se nomme, rien de tout cela n'est matériellement devant moi, aucun objet, aucune image qu'un subtil appareil puisse déceler devant le visionnaire ou, comme on l'a proposé, sur sa prunelle.

2° Cela, qui n'est pas vision *corporelle*, est pourtant vu, entendu, touché, à la lettre. Jean de la Croix le répète : les visions imaginaires ou imaginatives ne sont pas différentes de celles où un objet est offert aux sens ; dans les deux cas, on voit et on entend de la même façon. Et il est puéril d'appeler *intérieures* les visions et les voix de Jeanne, de Thérèse ou de Bernadette.

3° L'objet des visions divines est dans ma mémoire, mon imagination. Le Christ ou l'archange de Thérèse ou de Jeanne sont la reproduction imaginative des statues et des tableaux vus et retenus par les saintes. L'objet de leur vision n'est ni le Christ au paradis, ni un Christ descendu sur terre et mis à la mode du XV^e^ ou du XVI^e^, ni le Christ de toile ou de bois de la chapelle, c'est le Christ de la mémoire des saintes. L'objet *immédiat* de leur vision est un objet virtuel, un souvenir ou, dit notre mauvais vocabulaire, une image ; l'objet *médiat* qui fonde ce souvenir et cette vision est le tableau ou la statue ; l'objet *lointain*, visé, cherché, est l'être divin.

Provoquée par la maladie, cette hallucination est folle ; provoquée par le diable, elle est diabolique ; provoquée par Dieu, elle est divine. Dieu, quand il la cause, active notre aptitude au rêve ; nous faisant voir, entendre ou toucher non le Christ ou un semblant physique du Christ, mais les représentations mentales que

©BIUM

nous avons de lui, il fait en nous une hallucination. Identique, par sa matière et sa neurologie, à celle du damné ou du fou (1), elle est divine par sa cause. C'est, eût dit Leibniz, un rêve bien fondé. Mais c'est toujours une hallucination ; et les visions, les locutions, les touches divines sont toujours de purs esprits. A des apparitions de simulacres, de fantômes, de mannequins figurant le Christ, le saint préfère que Dieu, sans mobiliser des atomes et l'optique physiologique, anime des souvenirs qui n'opposent à l'amour divin aucune matérialité.

*
**

Mais si, même causées par Dieu, les visions divines sont des hallucinations comme celles du fou, comment savoir qu'elles sont divines ?

Les mystiques donnent au moins sept preuves :

1° L'Expérience. Notre raison, notre vie sensorielle, notre veille sont, comparées à la pensée, à la vue, à la veille des saints, une sorte de somnolence, une *hebetudo*. « Seuls, veillent les saints », dans la lumière de la Foi, de la foi qui *éclaire la raison* et qui, par les *Dons* d'Intelligence et d'Amour, est *Science*. Et, dans ce monde mental éminent, symétrique de notre Instinct, ils ont des visions, qu'ils peuvent *seuls* juger, pour les *opposer* aux perceptions et aux hallucinations de notre veille, de nos rêves et de notre folie.

2° Vérification des visions et locutions prophétiques.

3° Conformité de la vision aux vérités de la foi.

4° Vision certifiée véridique par Dieu. Quand le Christ apparaît et dit « c'est moi », un acte de foi s'accomplit, de la foi science, *illustrata donis*.

5° Certitude immédiate et absolue, impossibilité du doute. C'est l'évidence de l'éclair. Mais le saint n'ignore pas que le rêveur et le fou ont la même certitude que lui, et que s'il jouit de l'évidence pendant la vision, il subira peut-être des doutes ultérieurs. Il lui faut autre chose pour libérer la vision mystique de son parallélisme avec la folie.

6° Les visions divines reconnaissables à leurs fruits. Nous étions en larmes et prêts à toutes les chutes ; un regard, un mot de Dieu nous rend joie et vertu ; et notre âme n'a pas seulement

(1) Dans une dissertation de Licence-Philosophie, un candidat, prêtre, m'a dit, passant ainsi à la limite, que le Christ peut vraiment se montrer à un homme dans les phosphènes d'une rétinite ou vraiment lui parler dans les bourdonnements d'une maladie du labyrinthe.

©BIUM

le désir et la velléité de l'héroïsme, elle en a la substance et en accomplit les œuvres.

Mais cela non plus n'est pas étranger au fou et au damné. Comme le saint, ils sont capables de grandes vertus, de grandes entreprises, de grands succès et même du martyre.

7° « Le Fruit » auquel on reconnaît une vision divine n'est pas une héroïcité quelconque. Il ne suffit pas, pour échapper au psychiatre, d'unir à des maux incessants et à un foisonnement d'extases et de visions une activité d'animateur et une critique aiguë. Il faut réaliser une synthèse de vertus originale et peut-être spéciale au chrétien ; il faut la triple héroïcité des vertus d'intelligence, de force et de sacrifice, il faut unir les vertus de l'action et des personnalités fortes aux renoncements, les audaces ascétiques aux sagesses médicales, la simplicité de la colombe à la prudence du serpent, l'obéissance (à fond et à des ordres insensés) aux initiatives pour Dieu premier servi, les rigueurs du chef aux anéantissements de l'humilité. C'est dans cette synthèse de la volonté de puissance et de la volonté de sacrifice que j'incline à voir le fruit et la marque des visions, des hallucinations divines.

Telle est donc, à mon sens, une vision divine :

1° C'est une hallucination,
la vision sensorielle d'objets absents ou l'audition de paroles qui n'ont pas été prononcées,
un souvenir, une image, devenue perception visuelle.

2° C'est une hallucination divine, causée par Dieu.

3° La marque de sa divinité est dans un de ses effets ou de ses concomitants moraux : l'héroïcité des vertus de puissance et de sacrifice.

II

Tous les fous mystiques ne sont pas hallucinés. J'observe à l'Asile une mystique pure à contemplation vide, sans visions et locutions, sans extases non plus, sans joies. Pour la contraindre à la vie mystique, Dieu l'a faite (dit-elle), asthénique, incapable du moindre travail. Il ne lui permet qu'une œuvre : l'écriture ; d'où un flot continu de vers souvent corrects, d'un élan réel, au courant de la plume (1).

A côté de cette malade, que sa passivité, son intuition de Dieu et son hyperactivité verbale laissent sans hallucinations, voici

(1) Cf. Poésie et puissance verbale d'un vieil aliéné. *Encéphale*, mars 1920.

©BIUM

trois hallucinées, l'une classique, les autres constituant, je crois, une espèce assez nettement isolable.

La première est Christ, et lutte contre « Les Vocables de Dieu », prêtres, églises, saints, Saint-Joseph, Immaculée Conception, Jésus, Sacré-Cœur. « Ne me demandez pas d'explica- « tion. Je dois répéter textuellement ce que Dieu dit, et je ne « suis pas à la noce. » Humble docteur, elle présente ainsi son principal « passage au laminoir » : « J'étais couchée. J'ai « entendu le concert des anges, puis 10.000 vroix criant : A « mort. J'ai reçu des coups de poing, de pied, de bâton, de cail- « loux, 3 coups de couteau. Il m'a dit : ton linge n'est pas « frais ; mets-toi nue. Et je me suis mise en croix sur le plan- « cher. On m'a cloué mains et pieds avec un maillet, comme « un marteau à réflexes. J'ai reçu, senti et entendu les coups et « les clous. Puis, j'ai reçu un coup de lance formidable et jeté « un grand cri. Le Sauveur n'a pas eu plus de douceur. Dieu « n'a jamais eu plus de bénignité... C'est un crucifiement en « esprit, bien entendu, mais un crucifiement tout de même. Je « n'ai pas saigné, et c'est en esprit que j'ai souffert ; en esprit, « c'est-à-dire comme une rage de dents. »

Lors de sa Pentecôte, embrasée, fuyant Dieu, en chemise, sous des arbres, elle vit « une bouche d'air de paquebot... avec « de la fumée, fff, fff, et des flammes comme une locomotive... « C'est ainsi qu'on reçoit Dieu dans la nuée... Quand je le vois, « c'est une ombre à forme humaine. Non, pas une ombre ; un « corps, mais tamisé ; gris un peu plus foncé que çà. Le type « un peu juif. Je n'ai jamais pensé à préciser. Mes visions sont « pourtant très précises ; par exemple, ce matin, quand j'ai vu « un pou sur un cheveu ; façon de me dire que je suis un pou « et que je tiens à un fil.

« Après ma Pentecôte, des ballons de lumière, comme des « joujoux en celluloïd, fusaient de mes yeux. Je marchais « entre deux rangées de candélabres. Puis il m'a dit : on me « demande de te laisser croire que tu n'as plus les divins can- « délabres. Et je n'ai plus vu que des flammes qui papillo- « taient. » (1).

Dieu lui parle sans cesse. Tantôt, grande voix solennelle qui ordonne et enseigne. Tantôt, voix claire, mais sans bruit, qui lui apprend l'agriculture, la médecine. Tantôt enfin c'est comme sa propre voix, et alors, l'impulsion verbale divinisée prend cette

(1) Croyance à l'émission de lumières par les yeux. Phosphènes où le sujet voit, selon que l'élan mystique le soulève ou l'abandonne, un divin candélabre ou un simple papillotement.

©BIUM

forme : Dieu dit : « Julia, fais ceci, fais cela, prend ta nourri-« ture, repose-toi » ; et pour qu'on ne s'aperçoive pas que c'est lui, pour apparaître, comme toujours, en miroir, en énigme, *post parietem,* il dit, comme si Julia parlait : « Je vais dîner, « je suis fatiguée. »

La deuxième malade, une jeune prostituée, est bien une mystique : « Le fluide de Dieu est en moi. Je lui ai dit en prière que « je serais heureuse de connaître le beau secret de Jeanne « d'Arc. Il m'a exaucée. Vous dire ce qui s'est passé dans tout « mon être est impossible. Seuls ceux qui ont éprouvé les joies « divines me comprendront. En un mot, je n'étais plus moi. « Jeanne était en moi. Quelle joie j'ai eu quand ma bouche a « prononcé, malgré moi, son nom. Vous êtes le premier à qui « je confie ce beau secret. Je ne le confierai jamais aux prê-« tres... »

Elle n'agit que par Dieu, qui la pousse çà et là, sur les routes, à l'Asile, en prison, ailleurs même, en attendant que sa mission se détermine. « Jésus m'a menée un jour à l'église de Meulan, « et il m'a dit, en paroles comme les vôtres par sa statue : Il « faut que tu me rapportes le cœur de mon père. Tu le trans-« mettras au peuple. »

L'extrême début de son histoire mystique est une apparition à la prison de Pontoise : elle a vu, avant de s'endormir, des couleurs qui rappelaient le drapeau, des gaz, des nuages, des jets de lumière. Ainsi devenue « vraie voyante », elle opère toujours de la même façon : elle voile à demi ses yeux derrière son drap, un mouchoir, ses cheveux, et regarde une lampe, le soleil, la lune. Alors coulent vers ses yeux « des veines, des sphérules et des ellipsoïdes », figures (1) qui sont à la fois des objets de science et des objets divins. Des objets de science, car elle a vu leur approximation dans un livre sur « la progoration » du son. Des objets divins parce que... il ne peut en être autrement, parce que le sentiment de sa passivité et de sa mission date de là, parce que ces visions sont *évidemment* divines, parce que, enfin, la face du Christ y transparaît parfois.

Les visions de *la troisième* mystique naissent d'un mécanisme aussi physiologique, mais plus occulte : *la métesthésie,* « l'image consécutive » que nous subissons tous quand nous avons longtemps regardé un objet, une lumière par exemple.

Dieu a dit à cette femme de ménage de 50 ans, « tu sauveras

(1) Je n'ai pas besoin de dire qu'il y a uniquement là des « photopsies » banales et normales, uniquement liées aux « aberrations » optiques de l'œil.

©BIUM

le monde ». Et elle attend des instructions. Il lui parle sans cesse. Les objets aussi lui parlent, et un marteau lui a dit : travaille. Devant nous, nous entendons Dieu lui dire : « Regarde cette fleur, tu n'en ferais pas autant. Tâche de ne pas « renverser l'encrier. Ce que tu es sale ! » Et, avant de reconnaître, dans ces propos, sa voix, sa pensée, sa volonté, la malade explique : « Ce n'est pas moi qui parle. Il est en moi. Je suis montée comme une poupée. Dieu prend ma voix d'autrefois. »

Quant aux visions, elle les obtient en regardant tout ce qui est lumineux, et surtout le soleil, bien qu'il lui ait dit : « Ne me regarde pas ; ça fait mal. » Nous la voyons aller au soleil, et debout ou sur le dos, la face vers le ciel, prier, les yeux ouverts et fixes, parfois voilés par ses cheveux ou par trois paires de lunettes. Puis elle ferme les yeux, attend, prie et raconte : elle voit des choses merveilleuses, elle n'a jamais vu des choses pareilles, « c'est indescriptible, ça brille, on dirait de l'eau qui coule » ; Dieu les lui avait annoncées en lui disant : « Regarde-moi. Je vais t'éblouir. »

Messagères du ciel comme les ellipsoïdes coulant vers les yeux de notre prostituée ou les ballons de lumière fusant des yeux de notre crucifiée, ces visions « sont Dieu » quand elles sont rouges ; bleues, elles sont « la Sainte-Vierge ».

Quelquefois, sans métesthésie voulue, elle a des apparitions plus immédiatement divines : enfant, elle a vu une aile d'ange tomber doucement entre des arbres ; Notre-Dame est venue chez elle et a fait le tour de la table ; saint Michel lui est apparu à l'angle du plafond ; et elle a vu sainte Catherine. Ces visions à peine éteintes (elles étaient fugitives comme l'éclair), elle en a cherché les originaux, et elle a trouvé saint Michel à la cathédrale, sainte Catherine dans telle église et N.-D. sur un trumeau. Or, à propos de ces visions qui paraîtraient n'être pas *métesthésiques,* mais *préesthésiques,* elle a reconnu en avoir d'abord contemplé les objets dans des gravures de son missel... Je n'ai pu connaître le temps écoulé entre la contemplation de l'objet et la vision, quelques heures, semble-t-il.

Voici comment on pourrait comprendre ces dernières visions. Quand on a longtemps regardé une chose, il arrive — fait bien différent de la métesthésie ordinaire, immédiate — il arrive qu'après quelques minutes, quelques heures ou même quelques jours, la vision de cette chose surgisse. Ce sont, je crois, des micrographes qui ont, les premiers, décrit ce phénomène psychologique, nullement exceptionnel, mais habituellement incons-

©BIUM

cient, exclu de la conscience. Pour ma part, je l'ai éprouvé presque chaque fois que j'ai été attentif à ces questions, et je viens d'en noter l'exemple suivant : travail d'arrosage d'un jardin, à la lance, en jet, en pluie, en nappe ; quelques minutes après, une lecture est soudain accidentée par la vision subite des jeux d'eau disparus ; et, pendant environ une minute, devant les yeux fermés, se succèdent et se superposent, en de singulières surimpressions, les jets, les pluies et les nappes de tout à l'heure.

On peut voir, dans ces visions, des images consécutives, des *métesthésies tardives* (1), et il se peut que les dernières apparitions de notre dernière malade leur appartiennent. Même s'il n'en est pas ainsi, il reste que la métesthésie classique, très effacée dans l'histoire des hallucinations, constitue les principales visions de ce sujet, qui, je l'ai vérifié, n'a pas plus de métesthésies que le commun et n'a rien d'un eidétique.

On trouverait, dans les écrits hagiographiques, des apparitions à base métesthésique ; et des religieux se méfient de ces visions où l'apparition du Crucifié, par exemple, n'est que la métesthésie d'un crucifix trop contemplé. Nos cas sont autres. Dans ses « veines, eaux, sphérules, ellipsoïdes, merveilles indicibles », le mystique découvre et divinise (sans en faire des objets classés) de pures arabesques créées par l'œil, des lueurs, ombres, couleurs et dessins que nous connaissons tous, et qui, n'étant pas des objets, ne ressemblant pas à des objets, étant enfin déjà plus ou moins ineffables, offrent une excellente occasion aux aliénés mystiques de dernière classe.

Si l'on prête à la vue trois types de perception :

1° La perception ordinaire, que l'œil fait avec l'objet,

2° Celle que la vue peut faire sous l'action de la pensée, de la volonté, des souvenirs, l'hallucination pure,

3° celle que l'appareil visuel fait tout seul, avec sa seule physiologie, images entoptiques, métesthésies, on voit le sujet moyen se limiter à la perception du premier type et rester ou devenir inconscient des deux autres, tandis que le mystique les découvre ou les ressuscite. Il trouve alors Dieu :

1° dans la perception correcte de n'importe quel objet,

2° dans des hallucinations pures,

3° dans des produits, enfin, de la seule physiologie de l'œil.

Si, comme on peut le soutenir, il y a des visions divines, et si, comme j'ai essayé de le montrer, ce sont des hallucinations, il

(1) *Quercy et Izans, Congrès pour l'avancement des sciences,* 1935.

©BIUM

faudra se demander si une hallucination de mécanisme physiologique, métesthésique par exemple, peut être en même temps divine, ou, plus généralement, quel réseau de relations lie les termes de classements des visions tels que les suivants :

1° visions corporelles, imaginatives, intellectuelles ;

2° visions fondées sur la présence d'un objet, d'un souvenir ou d'une métesthésie ;

3° visions morbides, diaboliques, divines.

Une persécutée à qui je disais timidement : « Vous avez des hallucinations », me répondait : « Soit. Je ne le savais pas. Je « le crois. Mais peu importe. Que mon persécuteur me parle « ou fasse faire sa voix par mon propre cerveau, il ne m'en « persécute pas moins. » Le mystique sage ne paraît pas éloigné d'une pensée analogue : ayant acquis une certitude morale de la divinité de certaines visions, il estime que ces visions peuvent être des hallucinations, et des hallucinations du mécanisme physiologique le plus élémentaire, sans être pour cela moins divines.

©BIUM

LES SENTIMENTS D'INFÉRIORITÉ

PAR

R. DE SAUSSURE (de Genève)

La perfection n'est pas de ce monde. Chacun de nous a un défaut physique ou telle lacune qu'il regrette, dans le champ de ses aptitudes. Parfois, c'est encore un accident survenu au cours de l'existence qui nous prive d'un doigt, nous fait boîter ou défigure notre visage d'une large cicatrice.

En face de ces imperfections, le caractère de l'homme réagit de diverses manières. D'aucuns acceptent tout naturellement d'avoir le nez de travers, de l'avoir trop long ou de l'avoir trop court, alors que d'autres sont tourmentés, leur vie durant, de ne pas avoir un profil d'Adonis ou de Vénus. Certains acceptent d'accomplir consciencieusement la tâche qui est à leur portée, alors que d'autres souffrent de ne pas être des génies, de ne pas être universellement connus pour quelque découverte importante ou pour quelque exploit retentissant. D'autres encore acceptent avec fierté d'être nés de paysans ou d'ouvriers, alors que d'autres se croient sans cesse méprisés parce qu'ils ne sont pas d'illustre naissance.

On conçoit, sans peine, que ceux qui acceptent les imperfections de ce monde et songent simplement à faire produire les talents qui leur ont été accordés, sont infiniment plus heureux que ceux qui vivent sous le poids d'éternels et inutiles regrets.

A première vue, il semblerait qu'il dût être facile d'amener ces insatisfaits, dont nous venons de parler, à accepter ce qui ne peut être changé. Mais non, ces gens tiennent solidement à une attitude qui ne leur procure que déception et amertume. C'est que l'infériorité dont ils souffrent a déclanché en eux un conflit, un conflit d'amour-propre que nous pourrions exprimer à peu

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Novembre 1935.

©BIUM

près en ces termes : « Je ne ferai jamais rien de bon parce que je ne suis pas assez intelligent. Les autres peuvent réussir parce qu'ils sont intelligents. » Mais en même temps que se déroule ce raisonnement, une autre partie d'eux-mêmes argue : « Je ne suis pas plus bête qu'un autre. Un jour viendra bien où je pourrai leur montrer ce dont je suis capable. » Puis ce personnage se met à dénigrer ceux dont il envie l'intelligence.

De même, la jeune fille qui se croit désespérément laide n'accepte pas, au fond d'elle-même, qu'elle l'est et elle se donne mille raisons de se rassurer, de dénigrer les autres, et elle imagine dans sa solitude une foule de succès.

Mais à peine a-t-elle fini de se rassurer qu'elle est prise de nouveau de doutes et qu'elle se croit une fois de plus la plus laide des créatures.

De ce qui précède, nous pouvons donc distinguer deux attitudes bien différentes :

1. Les personnes qui ont le sentiment d'une infériorité réelle, qui l'acceptent ou la corrigent dans la mesure du possible.

2. Les personnes qui ont un sentiment d'infériorité qui repose sur une infériorité réelle ou non, mais sentiment qui n'est pas accepté par toute une partie de la personnalité.

Lorsque, en médecine mentale, on dit que quelqu'un souffre de sentiments d'infériorité, on fait allusion à ce second groupe de personnes. Au fond, ces gens sont la proie d'un doute obsessionnel : « Est-ce que je suis laid ou non ? » — « Est-ce que je suis bête ou non », etc. A la base de ces états, il y a généralement une infériorité réelle contre laquelle se dresse l'amour-propre du malade, et plus celui-ci se révolte, plus il lui semble que cette infériorité a de l'importance. Il se trouve ainsi engagé dans un cercle vicieux désespérant dont il ne parvient pas à sortir.

Si nous examinons de plus près de quoi est faite cette attitude, nous distinguerons deux conflits qui y sont contenus de façon implicite.

1. Un conflit d'amour-propre : la personne ne veut pas accepter le déficit moral ou physique qu'une partie d'elle-même constate.

2. Un conflit de jalousie : la personne envie tous ceux qui ne sont pas écrasés par un sentiment pareil et tous ceux qui n'ont pas l'infériorité dont elle souffre. Il en résulte qu'il y a toujours une certaine agressivité latente, un certain besoin de dénigrement chez les personnes qui sont atteintes de sentiments d'infériorité.

©BIUM

Ceci dit, étudions comment naissent ces sentiments. Une première constatation s'impose. Tout individu qui a des sentiments d'infériorité, en souffre depuis son enfance. Avec l'âge, ils ont seulement augmenté ou diminué d'importance suivant les cas. Constatons aussi que, bien qu'anormaux, ces sentiments sont extrêmement répandus et pour qu'il en soit ainsi, il faut aussi que les conditions qui les font éclore soient très communes.

Ces sentiments prenant toujours naissance dans l'enfance, c'est dans cette période qu'il nous faut chercher les causes qui les provoquent.

La première tient au fait que l'enfant, comme l'a montré Piaget dans ses si remarquables études, ne connaît pas la logique des relations. Pour lui, un objet ne sera pas plus ou moins lourd par rapport à un autre, il sera lourd ou léger. De même, une personne ne sera pas plus ou moins intelligente ou jolie, elle sera bête ou intelligente, laide ou jolie. On comprend, dès lors, que, si dans une même famille, il y a plusieurs frères et sœurs, et que l'un d'eux est considéré par les parents comme moins bien doué ou comme moins joli, ou comme plus difficile, l'enfant atteint par ce jugement (qu'il soit explicité par les parents ou simplement ressenti par lui), se sentira bête, laid ou désagréable de façon absolue. Mais, en même temps, son moi, ou si vous voulez son amour-propre se rejimbera contre ce jugement. Seulement, à cet âge, les parents sont considérés comme omniscients et omnipotents, leurs jugements s'imposent de façon absolue à l'enfant. Il va donc s'engager un combat intérieur chez celui-ci entre le jugement des parents et le sien. Ce combat peut se terminer par trois solutions différentes :

1. L'enfant parvient à ne plus considérer le jugement des parents d'une façon absolue. Il accepte la réalité et se console par les autres qualités qu'il peut développer.

2. L'enfant refoule le jugement des parents, il garde dans son inconscient le sentiment d'infériorité, mais il le compense consciemment par un trait de caractère opposé. Ainsi, la fillette, au lieu d'accepter consciemment sa laideur, la refoule, prend de l'assurance et s'affirme partout avec une coquetterie exagérée. Elle ne souffre nullement consciemment de son infériorité, mais sa coquetterie et son assurance un peu arrogantes sont sans cesse entretenues par le sentiment d'infériorité refoulé qui persiste dans l'inconscient.

3. L'enfant essaie de refouler le jugement de ses parents, il n'y parvient qu'imparfaitement. Celui-ci s'impose à lui contre sa

©EIUM

volonté. Il se passe ici exactement la même chose que ce qui se passe pour un obsédé. C'est dans ce cas que persistent les sentiments d'infériorité.

Plus l'enfant essaie de refouler le jugement des parents, plus celui-ci s'impose à son esprit. Car la véritable façon de s'en débarrasser devrait consister à admettre que ce jugement est partiellement vrai, mais qu'il n'a pas une valeur absolue.

A la longue, l'enfant parvient à refouler le conflit, mais il subsiste deux traits de caractère qui sont, en quelque sorte, l'héritage de ce premier tourment. Ce sont : le sentiment d'être inférieur aux autres personnes et un mécontentement de tout ce que l'on possède, accompagné d'une envie dévorante de tout ce que les autres ont. On le voit, les sentiments d'infériorité ne sont pas un trait de caractère isolé, ils se trouvent associés à toute une attitude vis-à-vis de la vie.

Nous avons établi une première cause de sentiments d'infériorité. En voici une seconde :

Chaque enfant, pour s'adapter au monde extérieur, emploie deux procédés bien différents. D'une part, il y parvient au travers des idées et des ordres que lui imposent ses parents, d'autre part, il s'adapte en expérimentant lui-même selon ses propres idées.

Il en résulte pour l'enfant une double adaptation : celle qui se fait en fonction de ses parents et celle qui se fait en fonction de lui-même. De là, l'enfant acquiert deux sortes de conduites qui souvent s'opposent les unes aux autres : les conduites d'obéissance et les conduites d'expérience.

Les conduites d'obéissance ont pour but d'obtenir l'assentiment des parents. Elles ne se font pas en fonction des besoins et des intérêts de l'enfant, mais en fonction des désirs de l'adulte. Si donc, les parents n'ont pas le souci constant de réclamer de leurs enfants des conduites qui vont dans le sens de leur développement naturel, ils faussent progressivement l'enfant. En effet, celui-ci ne cherche plus sa satisfaction dans ce qui lui est utile ou nécessaire, mais uniquement dans ce qui lui donnera l'assentiment d'autrui. Dès lors, cet enfant ne construit aucune personnalité. Se trouve-t-il en face de deux ordres différents ou en face de deux doctrines différentes, il est incapable de choisir car il n'a aucune expérience et il voudrait faire plaisir autant aux uns qu'aux autres. Faute de personnalité, il se met à trahir tantôt l'un, tantôt l'autre, jamais dans l'intention de trahir, mais toujours dans l'intention d'obéir. Cette personne devient de plus en plus hésitante dans toutes les décisions qu'elle a à prendre.

©BIUM

L'enfant qui est ainsi entièrement soumis aux conduites d'obéissance continue, à l'âge adulte, à toujours rechercher des chefs auxquels il aura à se soumettre. Il en résulte qu'il ne prend pas conscience de devenir adulte et qu'inconsciemment, il continuera à se comporter comme un enfant vis-à-vis de tous ses camarades qui acceptent des conduites d'expérience. Le retard de développement qu'il sent vis-à-vis de ces derniers le maintient perpétuellement dans des sentiments d'infériorité. En effet, il ne se sent pas moins doué qu'eux, mais toute son intelligence reste inefficace. Il ressent donc une infériorité contre laquelle son amour-propre se regimbe.

Pour mieux faire ressortir l'envie et la jalousie qui peuvent se manifester dans le cœur des individus soumis aux conduites d'obéissances à l'égard de ceux qui suivent leur expérience, marquons où amènent les conduites d'expérience.

Tandis que les enfants du premier groupe trient leurs conduites de façon à donner satisfaction aux adultes qui s'occupent d'eux, les enfants qui suivent les conduites d'expérience trient leurs conduites suivant les succès ou les échecs qu'ils ont remportés. Il en résulte que leur bonheur ne dépend pas de la bonne volonté d'autrui, mais de la satisfaction qu'ils savent eux-mêmes tirer du monde extérieur. Autre résultat, ces enfants en grandissant deviennent indépendants dans leurs jugements.

Cette indépendance et le fait qu'ils s'en réfèrent, en toutes choses, à l'expérience et non à telle ou telle autorité constituée, leur donne un sentiment d'égalité avec les autres adultes. Ils ne souffrent pas de sentiments d'infériorité, car ce qu'autrui peut penser d'eux les laisse indifférents. Ils sont conscients de leurs qualités et de leurs défauts et ils agissent en conséquence, s'efforçant d'atténuer leurs déficits et d'utiliser leurs avantages.

De cette différence d'attitudes à l'égard de la vie qui résulte des conduites d'obéissance ou des conduites d'expérience, on peut conclure que l'adulte doit faire très attention en élevant ses enfants, premièrement, de remplacer progressivement les conduites d'obéissance par des conduites d'expérience, deuxièmement, de ne pas imposer à l'enfant toutes sortes d'ordres qui correspondent plus aux désirs de l'adulte qu'aux nécessités de l'enfant, troisièmement, de ne pas se laisser aller à des jugements péjoratifs qui sont pris d'une façon absolue par l'enfant et peuvent démolir, pour sa vie durant, sa confiance en lui-même.

Plus un enfant est tenu d'obéir et a peu d'occasions d'expérimenter, plus il considère ses parents comme des personnes infaillibles. Il devient alors d'autant plus impressionnable à leurs

©BIUM

jugements. Avoir leur assentiment devient un besoin, et s'il ne l'a pas, il entre dans un état d'angoisse qui déclanchera à la longue ses sentiments d'infériorité. Une fois que ceux-ci se sont développés, l'enfant est engagé dans un cercle vicieux. Car plus il se sent inférieur, plus il a besoin d'être rassuré par ses parents, par conséquent, plus il devient dépendant de leur assentiment au lieu de pouvoir évoluer dans une autonomie progressive.

3. Nous avons établi deux causes dans la genèse des sentiments d'infériorité, il y en a une troisième qui souvent joue un rôle considérable. C'est l'élément jalousie. Lorsque, dans une famille, il y a plusieurs enfants, il arrive facilement que l'un d'eux, soit qu'il soit moins doué, soit qu'il soit moins joli ou moins agréable de caractère, devienne un peu le point de mire des critiques, ou qu'il soit plus délaissé que les autres. Cette différence d'affection des parents développe chez l'enfant une nostalgie d'autant plus grande d'être aimé. Se sentant mis à l'écart, il n'ose pas aller au-devant de l'affection des siens, il laisse donc s'accroître en lui un besoin inassouvi d'être aimé. Ce besoin le rend d'autant plus sensible à la critique. Cette situation prépare un terrain favorable aux sentiments d'infériorité et ceux-ci finissent par éclore lorsque l'enfant se rend compte que ses frères et sœurs sont plus aimés. Il finit par penser que c'est à cause de ses déficits qu'il est mis à l'écart, mais cette constatation, loin de lui permettre de combler ses lacunes, le déprime. En plus, il prend ses défauts en grippe et son amour-propre se révolte à les connaître. Cet ensemble de faits rend cet enfant de plus en plus jaloux à l'égard de ses frères et sœurs. Il les pare de toutes sortes de qualités qu'ils n'ont souvent pas en réalité, et il s'irrite de ne pas posséder ces mêmes avantages. Bientôt, à ses propres yeux, il n'est plus rien, alors que les siens sont tout. Mais en même temps, son amour-propre se refuse à ce jugement absolu et le voilà engagé dans le cercle vicieux des sentiments d'infériorité. Chez beaucoup de personnes, le conflit de jalousie initial finit par être refoulé et il ne reste conscient que le tourment des sentiments d'infériorité.

Dans les familles où il n'y a qu'un enfant, la jalousie se déclanche souvent entre fille et mère, fils et père. La fillette croit que son père n'aime que sa maman, ou le fils s'imagine que sa mère n'aime que son papa. Cette rivalité devient le point de départ des sentiments d'infériorité.

Ou bien, dans une autre famille, un enfant est resté unique jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans, puis est né un petit frère ou une petite sœur ; la mère a dû porter plus de soins au cadet et cela coïncide avec l'âge où l'aîné doit aller à l'école. L'aîné devient

©BIUM

jaloux. Il interprète le sentiment de ne pas être aimé, comme dû au fait qu'il est inférieur à son frère ou à sa sœur, et commencent des sentiments d'infériorité.

Jalousie, besoin de l'assentiment des parents, absence de la logique des relations, tels sont les trois facteurs importants que nous avons envisagés comme déterminant des sentiments d'infériorité. Mais à ceux-là, il faut encore ajouter les sentiments de culpabilité.

4. Le langage psychologique emploie malheureusement l'expression de sentiments de culpabilité dans deux sens bien différents : d'une part, dans le sens d'un reproche que l'on se fait et que l'on accepte, et d'autre part dans le sens d'un reproche que l'on se fait, mais que l'on n'accepte pas entièrement. Dans ce dernier cas, il s'agit souvent de reproches adressés autrefois par les parents, ou d'ordres reçus dans l'enfance et que l'adulte envisage encore d'une façon absolue. S'il les enfreint, il en ressent une culpabilité exagérée contre laquelle sa raison se regimbe.

On comprend facilement que ces sentiments de culpabilité, qui prennent un caractère si absolu dans la pensée subconsciente de l'individu, augmentent les sentiments d'infériorité. Ces sentiments de faute se développent surtout à propos des désobéissances dans l'ordre sexuel. Comme c'est un domaine dont on parle peu entre camarades et encore moins avec ses parents, il semble à l'enfant qu'il est presque seul à commettre des fautes sur ce terrain et il en accroît d'autant plus ses sentiments d'infériorité.

5. Un autre fait qui prend sa source également dans l'enfance joue un rôle important dans la détermination des sentiments d'infériorité. Ce fait est la découverte par l'enfant de la différence anatomique des sexes.

A un certain âge (3-5 ans), les enfants considèrent que seul le garçon est pourvu d'un sexe. Les fillettes le convoitent souvent avec une immense envie. Elles s'imaginent alors avec d'autant plus de force qu'il leur manque quelque chose. Parfois, elles ne comprennent pas que toutes les fillettes sont ainsi faites et elles croient être seules dépourvues de cet organe qui les fascine d'autant plus qu'elles ne le possèdent pas. Nombre de fillettes corrigent dans la suite tout naturellement ces idées enfantines, mais d'autres restent toujours plus ou moins fixées à cette première conception. Affectivement elles restent sous le sentiment d'une certaine incomplétude. Celle-ci crée ou vient renforcer des sentiments d'infériorité. Ceux-ci persévèrent d'autant plus que la situation qui les détermine est au fond une situation de jalousie

©BIUM

de la fillette à l'égard du garçon. Cet ensemble de sentiments a reçu le nom de sentiments de castration.

Ce qui est curieux, c'est que des sentiments analogues peuvent prendre naissance chez des garçons. Certains d'entre eux, lorsque, vers 3-4 ans, ils perçoivent la différence anatomique des sexes, s'imaginent avoir une excroissance anormale, d'autres croient qu'ils pourraient perdre cet organe. Ces croyances sont souvent renforcées par de stupides menaces des parents qui pensent arrêter des habitudes d'onanisme en racontant à leurs enfants que s'ils continuent on sera obligé de leur couper cet organe. On remarque alors que des garçons effrayés par la possibilité d'une castration réagissent comme les fillettes qui se croient châtrées et développent sur ce thème d'importants sentiments d'infériorité. Chez l'adulte, ces conflits infantiles sont refoulés, mais comme toujours, d'un conflit refoulé subsiste un trait de caractère et dans le cas qui nous occupe c'est un sentiment d'infériorité invétéré qui se maintient.

De toute cette étude, il se dégage d'abord quelques considérations prophylactiques. L'adulte chargé de la haute mission d'élever des enfants, devrait toujours, autant que possible, amener l'enfant à des conduites d'expérience et non d'obéissance. Il devrait s'efforcer de l'élever en fonction de ses intérêts et non de ceux de l'adulte. Il devrait tenir compte de l'absence de logique des relations chez l'enfant, de manière à ne pas le blesser et de ne pas tuer sa confiance en lui-même. Il devrait tenir compte de sa sensibilité pour ne pas laisser se développer en lui des sentiments de culpabilité ou des sentiments de jalousie exagérés. Il devrait être beaucoup plus franc avec lui dans l'éducation sexuelle ne pas lui donner un idéal absolu, ne pas le laisser dans l'ignorance, ne pas lui donner des principes moraux sans les accompagner d'une vue d'ensemble sur les phénomènes et la vie sexuelle.

Voici donc pour les mesures prophylactiques. Mais que faut-il faire en face d'un homme adulte qui souffre vraiment de sentiments d'infériorité profonds ?

Cet homme se présente comme une personne qui a perdu confiance en elle-même. Tout naturellement, on essaie de lui rendre confiance par toutes sortes de suggestions et de persuasions. Mais c'est là une méthode fausse, c'est un emplâtre sur une jambe de bois, c'est obstruer le trou d'une dent sans avoir au préalable soigné la carie qui la rongeait.

En effet, pour apporter un remède efficace à ces cas, il faut retravailler tout le caractère de la personne. Il faut dépister les

©BIUM

trop nombreuses conduites d'obéissance et ramener l'individu à une vie plus personnelle et à des conduites d'expérience. Les sentiments d'infériorité disparaîtront au fur et à mesure que la personne ne sera plus dépendante des jugements d'autrui, mais qu'elle sera capable de se regarder en face avec ses qualités et ses lacunes. Aujourd'hui, les personnes atteintes du sentiment d'infériorité sont encore nombreuses, mais c'est un grand pas fait en avant pour la normalité de notre race à venir si nous pouvons déterminer exactement à quelles erreurs pédagogiques ils sont dus. Espérons que les générations futures auront plus confiance en elles-mêmes et qu'elles réaliseront ainsi des progrès moraux, sociaux et intellectuels toujours plus importants.

©BIUM

SUR LES LIMITES ET LES PARTICULARITÉS SYMPTOMATOLOGIQUES DES FORMES LÉGÈRES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

PAR

Mme le Dr E. KAMÉNÉVA

Le présent travail (1) a pour objet de poursuivre en détail l'étude du problème des formes légères, atténuées, de la schizophrénie, posé par le professeur L. Rosenstein, en se basant sur le matériel clinique des cas observés au service interne de l'Institut de prophylaxie neuro-psychiatrique.

La diversité des questions soulevées par M. L. Rosenstein montre la place centrale que ce problème occupe parmi les autres problèmes cliniques, biopsychiques et psychopathologiques qui se groupent autour de lui et réclament une étude spéciale. Parmi ceux-ci nous devons envisager les problèmes de la constitution et des processus névrosiques et psychosiques, celui de la génèse et de la formation des symptômes, etc...

Dans la schizophrénie, une série de formules clinico-psychiatriques qui paraissent être incontestables et qui prennent pour point de départ l'étude des cas grossièrement psychosiques qu'on supposait avoir pour base, tout d'abord, une démence particulière, et la torpeur affective (Kræpelin), et plus tard la dissociation de la personnalité (Bleuler), doivent être revues sous l'angle du fait de l'existence des formes légères de la schizophrénie. Celles-ci servant, d'après leur symptomatologie, de trait d'union entre les formes névrosiques (ou psychopathiques) et les formes psychosiques se présentent sous une forme propice à

(1) Travail de l'*Institut Scientifique de Prophylaxie neuropsychiatrique de Moscou.*

Ann. Méd.-Psych., xve série, 93e année, t. II. — Novembre 1935.

©BIUM

l'étude et à la solution des problèmes psychopathologique et biopathologique qu'on vient de citer.

Etant donné l'impossibilité d'embrasser plus amplement dans un seul et même travail toutes les questions qui se rattachent au problème des formes atténuées de la schizophrénie et de décrire tout le matériel effectif qui s'y rapporte, cet ouvrage provisoire vise avant tout l'établissement des formules générales et des critères servant à la délimitation de la notion des schizophrénies atténuées et l'indication, dans les grandes lignes, de certaines particularités psychopathologiques et symptomatologiques des cas de ce genre.

On a fait depuis longtemps déjà des tentatives de différenciation dans le grand groupe des schizophrénies en éliminant les cas favorables qui se distinguent des cas grossièrement psychosiques, soit par le cours de l'évolution ou l'issue de la maladie, soit par les particularités de leur symptomatologie.

C'est Bleuler qui se rapproche le plus de la conception de notre forme légère de schizophrénie en parlant de la forme latente qui peut, d'après lui, contenir « in nuce » tous les symptômes schizophréniques, quoiqu'à un degré insuffisamment marqué pour pouvoir être considérés comme une maladie mentale. Disposant vraisemblablement d'un matériel constitué par des cas plutôt psychosiques, Bleuler souligne néanmoins non les symptômes actuels, mais les changements de caractère notés dans les anamnèses des sujets qui ont présenté plus tard une forme manifeste de schizophrénie. Il semble, en outre, que l'influence de la notion kræpelinienne de la démence précoce, considérée comme maladie mentale, a eu son retentissement sur sa conception de la schizophrénie latente et sur son indécision à reconnaître aux symptômes schizophréniques discrets la même valeur diagnostique qu'aux symptomes grossiers dans les cas où la symptomatologie est si peu expressive qu'il n'y a pas lieu de parler, quant à la forme, de la maladie mentale. D'où la dénomination de schizophrénie latente, plutôt impropre dans les cas où nous avons une schizophrénie avérée, malgré son évolution torpide, produisant néanmoins des symptômes schizophréniques, quoique d'une intensité insuffisante et à éclosion incomplète, parfois un peu masqués par des réactions névrosiques ou semblables à celles des névroses. On pourrait dans ce sens parler, dans certains cas, plutôt d'une schizophrénie masquée. C'est ici que le cours de nos idées diffère de celui de Bleuler, car, dans l'étude des formes légères de la schizophrénie, nous prenons un autre point de départ, c'est-à-

©BIUM

dire non pas les formes avérées de la psychose, mais ses étapes qu'on pourrait nommer névrosiques et psychopathiques. Une telle étude, qui n'est pas restreinte par la notion du « psychosique », ouvre des horizons plus larges et offre la possibilité d'observer les symptômes dans leur aspect historique, c'est-à-dire dans leur génèse et leur évolution ultérieure.

M. H. Claude, dans sa tentative d'éliminer les cas bénins sous le nom de schizomanie, traite le problème quelque peu différemment et prend comme point de départ moins le tableau symptomatologique que le principe fonctionnel dynamique (la périodicité conditionnée par la psychogénie et la régressivité), sans tenir compte de la gravité apparente de l'affection. M. Wizel, dans son travail : « Les formes frustes de la schizophrénie » (1), est dans le vrai en principe quand il aborde la question de la notion des formes atténuées de la schizophrénie, insistant dans les cas qu'il relève sur la conservation relative de la personnalité, le caractère embryonnaire des symptômes et la faible progressivité de la maladie en comparaison avec les cas grossièrement psychosiques. Parmi les auteurs russes, il faut citer les travaux des Docteurs Bounéeff et P. Zinovieff.

La notion même de la schizophrénie, atténuée a été proposée tout d'abord par Kronfeld pour désigner un groupe assez composite qui comprenait les cas fournis par la pratique de clientèle, différant par leur évolution et leurs manifestations (soit des schizophrénies peu actives, soit d'autres ayant présenté des accès psychosiques aigus, enfin, quelques formes paranoïdes), mais ayant en commun une certaine identité à un moment donné l'accessibilité, la correction, l'orientation vers le réel, etc.), et une réceptivité aux influences psycho-thérapeutiques.

La pratique du Dispensaire de l'Institut de prophylaxie neuro-psychiatrique, commencée depuis 1924, présente une quantité notable de cas non grossièrement psychosiques, mais de schizophrénies sociables qu'on peut, d'après la large conception de Kronfeld, qualifier de légères, tant au point de vue de la lenteur de leur progression, qu'au point de vue de l'atténuation des symptômes ou de la conservation de la personnalité. Parmi ce groupe composite, il est des cas qui présentent un intérêt tout particulier et qu'on pourrait qualifier de légères dans le sens le plus rigoureux du mot, et qui ont servi de point de départ pour la formation d'un groupe séparé. C'est à ce groupe que se rapportent les cas très anciens, à évolution lente, qui, au cours de

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 1926, n° 5.

©BIUM

leur développement, n'ont point donné, non seulement des crises psychosiques aiguës, mais même des symptômes psychosiques schizophréniques avérés ou une modification schizophrénique notable de la personnalité. Les symptômes schizophréniques étant très atténués, leur véritable nature s'en trouve comme dissimulée, ils produisent à l'examen superficiel l'impression de manifestations névrosiques ou psychopathiques et font figurer assez longtemps ces malades sous le diagnostic de personnalités psychopathiques ou névrosiques.

Ainsi, une telle conception de la forme légère de la schizophrénie comprend un groupe de cas beaucoup plus limité que celui qui est compris sous ce nom par Kronfeld.

Les particularités que l'on vient d'indiquer pour les cas en question, qui persistent avec régularité pendant de longues années avec un déficit insignifiant, à progression lente et faible, nous autorisent à parler, à titre d'hypothèse, de la forme légère de la schizophrénie dans le sens clinique de ce mot, en supposant à sa base, en dehors d'une évolution lente, une propriété particulière du processus qui détermine la qualité singulièrement anodine de la symptomatologie, l'affaiblissement insignifiant, la progression lente et l'absence, pendant de longues années, de la tendance à la destruction de la personnalité et de son changement notable d'après le type schizophrénique.

Pour avoir une preuve définitive à l'appui de cette hypothèse, il faut enrichir ultérieurement les matériaux par l'assemblage de cas analogues chez des sujets d'un âge plus avancé, avec une plus longue durée et faire une étude détaillée sur l'hérédité, les particularités somato-biologiques et la personnalité prémorbide. Une telle étude fera l'objet d'un travail ultérieur. Jusque-là, la notion de forme atténuée de schizophrénie comme entité clinique ne peut être admise qu'à titre d'hypothèse provisoire. En tous cas, c'est justement la catégorie des cas que l'on vient de citer qui doit servir de point de départ à une étude de cet ordre, tant à cause de la particularité de ses traits que l'on vient de mentionner, qu'à cause de son voisinage intime avec le développement constitutionnel et biologique.

En théorie, il est tout à fait possible d'admettre son existence sous forme de processus toxi-organique très atténué, à évolution lente et présentant une tendance insignifiante à la destruction avec une grande faculté de suppléance, rappelant la courbe du développement bio-psychique et offrant sa quasi-variante pathologique.

Une partie des cas de schizoïdie de Kretschmer, notamment

©BIUM

celle qui montre, au cours des années, le dynamisme de ce qu'il appelle « le déplacement de la proportion psychoesthésique » sans symptômes graves, correspond apparemment à ce groupe de formes légères de la schizophrénie. Et, cependant, la notion de schizoïdie doit être revue tout spécialement sous l'angle de la forme atténuée et sur un matériel clinique correspondant, attendu que Kretschmer le prend uniquement dans son sens caractérologique, sans se préoccuper de la symptomatologie clinique du schizoïde.

La ressemblance de ces cas avec certaines périodes initiales des affections schizophréniques plus grossières et l'impossibilité d'exclure une exacerbation ultérieure du processus avec aggravation du tableau de la maladie, dans le sens de l'accroissement des symptômes psychosiques plus marqués, faisant suite à de longues années d'évolution atténuée, n'est pas pour contredire notre tentative d'ériger la notion de la forme légère de la schizophrénie.

Sa spécificité, qui se maintient pendant une longue période de temps mérite dans ce stade une dénomination particulière analogue aux cas de « Dementia simplex » de Diem et de Kræpelin et à la schizophrénie latente de Bleuler. Kræpelin, tout en admettant la possibilité d'envisager les cas de Diem, simplement comme une introduction aux tableaux psychosiques intenses croit cependant possible de les classer sous une forme particulière.

De cette manière, dans la pratique clinique nous avons comme critère de délimitation de la forme atténuée de la schizophrénie : premièrement, une longue et lente évolution du processus sans tendance aux états psychosiques aigus ; deuxièmement, le caractère atténué de la symptomatologie, l'absence de symptômes grossièrement psychosiques ; troisièmement, la conservation de l'unité et de l'intégrité de la personnalité et tout particulièrement sa conservation sociale, c'est-à-dire la conservation de l'aptitude à l'activité sociale suffisamment énergique et productive.

Parmi les qualités qui sont indiquées plus haut et qui sont propres à la forme légère de la schizophrénie, on peut considérer comme trait essentiel la conservation de la personnalité dans le sens de la conservation de sa structure fondamentale et de la continuité de son développement historique, psychologique et social, aussi que des propriétés communes à tous les êtres normaux comme le contact avec la réalité, avec autrui, la simplicité, le naturel et l'absence dans cette personnalité de

©BIUM

maniérisme, d'éléments de désagrégation schizophrénique et de cette dissociation schizophrénique spécifique de la motilité et du langage qui imprime à ces malades un cachet schizophrénique particulier.

Le critère du caractère anodin de la symptomatologie, ainsi que la conversation de l'intégrité de la personnalité et de tout son aspect extérieur nous obligent à opposer en principe à nos cas de schizophrénie atténuée proprement dite d'autres processus à évolution également lente et chronique que nous nommons, pour les distinguer des premiers, schizophrénies lentes ; dans ces derniers on voit, malgré un développement lent du processus qui se manifeste par un accroissement lent des phénomènes morbides et partant par une longue conservation extérieure des aptitudes sociales de la personnalité et la possibilité des phénomènes de suppléance, se former dès le début ou très tôt des symptômes de qualité schizophrénique avérée et apparaître des modifications schizophréniques de la personnalité dans le sens de la dissociation et de l'affaiblissement spécifique général. Cette déchéance apparaît parfois spontanément, parfois au bout de quelques années dans l'aspect extérieur de ces malades, dans leur psycho-motilité et les manifestations verbales sous formes de ralentissement général du rythme, de paramimie, de maniérisme, d'expression invariablement figée du visage, de monotonie du langage dépourvu d'expression et d'intonation affectives et dans d'autres particularités qui distinguent les schizophrènes et qui constituent leur enveloppe extérieure qui leur vaut parfois d'emblée le diagnostic de schizophrénie. C'est justement cette « enveloppe schizophrénique » qui fait défaut dans nos cas de schizophrénie atténuée, où la conservation intérieure de l'intégrité personnelle, ainsi que l'accessibilité propre à tous les hommes et la conservation du contact qui sont l'expression de ses propriétés intérieures, vont de pair avec le maintien de l'aspect extérieur de la personnalité exempte de modifications spécifiques du côté de la motilité corporelle et de signes de dissociation.

Les micro-symptômes isolés, qu'un examen minutieux peut parfois découvrir de ce côté, ne dépassent pas les limites des particularités des modalités constitutionnelles et ne peuvent servir de base à un diagnostic.

C'est justement dans la conservation de « l'enveloppe » de la personnalité pour ainsi dire, ainsi que dans l'expression insuffisante de la symptomatologie schizophrénique en général (surtout de la symptomatologie schizophrénique spécifique) que

©EIUM

se trouve le point de rapprochement de ces cas avec, premièrement ceux de « Dementia simplex » décrits par Diem, sans qu'il y ait cependant dans nos cas la dégradation sociale et intellectuelle qui les caractérise chez Diem, secondement avec quelques formes paranoïdes, où, malgré la conservation de l'enveloppe de la personnalité et de ses particularités, quant à la forme, on découvre néanmoins dans les profondeurs une symptomatologie franchement psychosique quoique parfois isolée (délire).

Ainsi parmi les différentes variétés de formes légères de la schizophrénie, prise dans le sens élargi de ce terme, dans lesquelles nous avons différentes combinaisons entre le rythme du processus, les particularités de sa symptomatologie et le degré de la conservation de la personnalité et où la qualité d'atténuation n'appartient qu'à un seul de ces éléments, le groupe que nous détachons se distingue non seulement du point de vue de la lenteur de l'évolution du processus, qui est propre également aux formes lentes, pouvant cependant donner parfois des symptômes schizophréniques très marqués, mais aussi du point de vue de la qualité essentiellement bénigne de ce processus. Celle-ci apparaît sous forme de tendance insignifiante à la dissociation et la destruction qui détermine une défectuosité insignifiante également tant du point de vue de la légèreté des symptômes déficitaires isolés que de la conservation de la personnalité — ce qui donne lieu à l'élimination hypothétique de ces cas dans une forme spéciale.

Pour illustrer notre notion de schizophrénie légère nous donnons deux observations :

1er CAS. — G., 36 ans, ingénieur, vint consulter à l'Institut en mai 1933, se plaignant d'être dégoûté du travail, d'avoir de la peine à réfléchir, éprouvant à la réflexion la sensation « d'un épuisement cérébral », disant qu'il avait « l'esprit obtus », qu'il était indécis, avait constamment des céphalées, éprouvait souvent des moments d'apathie quand il ne voulait rien faire.

Hérédité. — Le père est de caractère peu expansif, souffre parfois de mélancolie et d'angoisse, manque de confiance en soi, boite par intermittence et souffre de gangrène spontanée. La mère est vive et sociable. L'oncle paternel est peu communicatif, méticuleux, insociable, silencieux et renfrogné. La cousine maternelle souffre depuis 20 ans d'une maladie mentale et a été internée à l'asile. Le frère du malade, âgé de 41 ans, a un caractère inquiet, il « doute de tout » et a peur de tout.

©BIUM

Anamnèse. — Les maladies infectieuses subies dans l'enfance eurent pour conséquence un retard de développement. De caractère timide et impressionnable, il avait les larmes faciles et peu de camarades. Commença ses études à 10 ans, ses aptitudes étaient très bonnes, ainsi que son application. Après chaque année scolaire, il remportait des prix, mais à partir de 15 ans environ il signale une grande fatigabilité, il a peine à suivre ses cours, surtout les derniers de la journée, ne pouvant plus se tenir assis, comprenant difficilement et éprouvant l'envie de s'étendre. Sa faiblesse était parfois telle, que ses camarades devaient le reconduire à la maison. Il se sentait comme battu, épuisé, la voix éteinte. A partir de cet âge, la même fatigabilité se fit sentir aux distractions sportives. Les céphalées apparurent. Son caractère à cette époque devint plus renfermé, il aimait à ses moments de loisir à errer seul dans les rues sombres et rêver. Avait peu de camarades. Timide en société il craignait d'être ridicule ou de dire une sottise. Son physique ne le satisfaisait pas non plus. Il fréquentait peu les jeunes filles de son âge. Sort de l'école avec la médaille d'or. En 1916 après sa sortie, il entre à l'Ecole supérieure. Dès le commencement de l'année il se sent mal, se met à douter constamment de tous ses actes. Apparaissent les obsessions interrogatives; il se demande s'il est assis ou non, s'il parle ou non, s'il voit ou non. Il se demande à quelle époque a eu lieu tel ou tel événement, si sa conduite a été juste ou non. Il éprouvait le désir obsédant de lire les enseignes et de suivre du regard les contours des objets environnants. Dans ses études il lui semblait qu'il ne savait pas suffisamment et avait recours au livre plusieurs fois de suite pour vérifier ses connaissances, se rendant compte que c'était inutile, mais ne pouvant échapper à cette emprise. Le fond de son caractère était inquiet. Cet état dura près de deux mois, après quoi il alla consulter un médecin privé qui le traita par la suggestion. Il s'améliora, l'acuité de son état disparut, mais un certain doute et le manque d'assurance dans ses actes persistèrent jusqu'à ce jour. Cet état n'eut guère d'effet sur ses études à l'Ecole supérieure, mais absorbèrent plus de temps que de juste. En décembre 1916 il s'engagea et sortit second de l'école militaire. Après la Révolution il fut démobilisé et, n'ayant rien à faire, entra comme ouvrier dans un dépôt. Le travail étant lourd, il se fatigua physiquement, mais il se sentait en somme bien pendant cette période. Une seule fois seulement, après avoir porté un sac lourd sur le dos et après l'avoir déchargé sur le comptoir, il éprouva quelque part, dans la région des vertèbres cervicales la sensation de quelque chose qui l'entraînait en arrière « comme s'il s'enlisait en arrière », il ne put garder l'équilibre, s'affaissa à la renverse sur le plancher sans toutefois perdre connaissance. Un ou deux ans après il éprouva plusieurs fois dans la rue des sensations analogues, mais de courte durée. Au bout de quelques mois il s'enrôla comme volontaire dans l'Armée Rouge. Resta au service de 1918 jusqu'en 1922. En 1919 ou 1920 il signale un cas de dédoublement

©BIUM

qui se produisit après des ennuis lorsqu'étendu sur le ventre il crut sentir se dégager du dos et monter son second « moi ». La pensée se dédoubla également et le quitta. Des états analogues se répétèrent encore plusieurs fois. En 1919, il fut arrêté, fit 4 mois de prison, après quoi sortit acquitté. Dès lors apparurent ses craintes inconscientes, l'appréhension d'une arrestation possible; il avait peur d'un coup de sonnette ou parfois de la milice, quelquefois le soupçon lui venait qu'il était filé par la personne qui marchait derrière lui dans la rue.

Son état neuro-psychique s'aggrava peu à peu, ce qui, à son avis, s'expliquait par les difficultés de son travail au service militaire ; il était l'ingénieur de brigade auquel incombaient tous les soucis et les responsabilités d'un grand approvisionnement : ces soucis le fatiguaient, car il était très consciencieux, très bien noté et aimé de ses supérieurs et camarades ; mais tout ceci lui coûtait une peine infinie et lui valait parfois des nuits de travail et de réflexion. A partir de 1921 il commença à ressentir de la fatigue et de la nervosité se traduisant par la « prostration », la perte de l'initiative, l'indécision et l'apathie ; il se mettait souvent à pleurer, se sentait déprimé, éprouvait des maux et des lourdeurs dans la tête, arrivait difficilement à bout de sa tâche, sentant ses affaires lui échapper, l'idéation étant devenue difficile. Il avait peine à concentrer son attention, consultait les médecins militaires, éprouvait de l'inquiétude et de l'angoisse devant sa responsabilité, avait des idées de suicide, fuyait le monde et pouvait rester des heures tout seul, plongé dans ses réflexions, se disant qu'il était pire que les autres, un propre à rien, qui ne sait rien faire. Parfois en approchant des gens il lui semblait qu'ils venaient justement de parler de lui et de le tourner en ridicule. Cependant ces idées n'allaient pas plus loin, parfois il les corrigeait. Parfois aussi, au milieu de la gaieté générale, il éprouvait sans cause plausible une sensation d'oppression et d'angoisse, s'attendant à un malheur, ainsi que le désir de pleurer, la tête assaillie de bribes d'idées, la plupart lugubres. Il fut interné à l'hôpital militaire, exempté du service et réformé, avec le diagnostic de « psychopathie constitutionnelle ».

Après avoir quitté le service militaire, son état s'améliora un peu, il prit un emploi civil, travailla quelques mois, comme aide-serrurier et, cédant aux instantes prières d'un de ses camarades, accepta la direction d'une section d'exploration à la périphérie et saisit instinctivement d'emblée la nature de son travail, qui lui était totalement inconnu jusqu'alors, il put développer son activité et montrer de l'initiative. Tout l'été se passa dans un état satisfaisant, mais en automne son état empira ; les conditions de son travail changèrent quelque peu, il fallut entrer dans le cadre d'un travail strictement limité et se plier à un plan et à un but déterminés. Tout ceci le fit douter de lui-même et suscita le sentiment de responsabilité devant son travail, la crainte de ne pas pouvoir l'accomplir (sentiment ana-

©BIUM

logue à celui éprouvé pendant son service militaire, mais moins fort). Cependant il arrivait très bien à bout de sa tâche. Au bout d'un an, comme l'établissement touchait à la liquidation, il entra à l'usine où il resta employé pendant 5 ans (1924-1929), d'abord en qualité de constructeur, après quoi il reçut de l'avancement. Dès son entrée à l'usine, il commença à se sentir plus mal, étant incommodé par le contrôle et la régularité du travail et vite fatigué par le chemin à parcourir. Ses facultés intellectuelles baissèrent, il ressentit un grand surmenage intellectuel et commença à douter de ses calculs et de la justesse de ses actes, qu'il vérifiait jusqu'à 5-6 fois de suite. Cette vérification obsédante lui était très pénible, mais n'arrivant pas à la combattre il ne pouvait échapper à son emprise. Ses devis offraient d'ordinaire un tas de variantes, sans qu'il pût fixer son choix sur aucune d'elles. Objectivement il remplissait bien sa tâche, mais cela exigeait un grand effort. Deux ans avant de quitter l'usine, il montrait de la peine à réfléchir, se mettait parfois à son travail, le regardait, mais n'arrivait pas à se mettre en train. Parfois au beau milieu de ses occupations surgissait dans son imagination un paysage (telle une hallucination ou tel un film lui traversant l'esprit). Ses mauvais états lui revenaient habituellement en « bouffées », en progressant et se dissipant dans l'espace de quelques mois. Il note aussi des états d'emballement qui duraient plusieurs jours et qui étaient pour la plupart déterminés par quelques moments qui éveillaient son intérêt (quelque nouvelle idée relative à sa construction ou le projet d'un voyage quelconque, etc.). Ces moments étaient habituellement suivis d'une réaction douloureuse avec la prédominance d'une sensation de dépression. C'est surtout au printemps 1927 qu'il commença à se sentir très mal. Le médecin du Service externe l'envoya au psychiatre du quartier et celui-ci à la Clinique des maladies mentales où il fut traité par la suggestion, ayant obtenu à son service un congé de deux mois. Après ce traitement il s'améliora un peu et reprit son travail. Au printemps de l'année suivante, en 1928, il eut une nouvelle aggravation et profita de nouveau du « bulletin » qui lui conféra un congé d'un mois pour cause de santé. Les mêmes manifestations se reproduisirent de nouveau : l'affaiblissement de l'aptitude au travail intellectuel, les doutes, l'indécision, la dépression. Au printemps de l'année 1929, une crise analogue se répéta et le malade fut dirigé dans un sanatorium où il séjourna pendant un mois et demi. A sa sortie, il entra comme ingénieur dans un établissement, se portant bien tout d'abord, d'autant qu'il se sentait plus fort et reposé après son séjour au sanatorium. A la fin du mois, à la suite de désagréments à son service, son état commença de nouveau à empirer. Il remplissait ses fonctions avec peine, éprouvait du dégoût pour son travail et de la fatigabilité, mais continuait cependant à recevoir de l'avancement. En 1930, il fut envoyé en Amérique où il passa 5 mois. Au bout d'un certain temps, il ressentit de l'apathie, s'ennuyant sans sa famille, le sommeil devint mauvais, il perdit tout intérêt et eut des

©BIUM

tics du visage. Bientôt après il s'adapta un peu, son état s'améliora et il put s'acquitter de sa mission.

Ces dernières années sa méfiance progressa petit à petit, l'aptitude au travail baissa, les phénomènes obsédants augmentèrent, il devint très indécis, les céphalées apparurent presque chaque soir (comme si la tête était pleine d'eau). A partir de 1925 il entendit périodiquement des appels pendant plusieurs années et la même époque il lui arrivait d'entendre parfois le chant des oiseaux.

Données objectives. — Sa femme le considère comme un homme calme, d'un extérieur tranquille, très doux, affectueux, sensible, ne restant jamais inoccupé à la maison. Il lui semble parfois qu'il est incompris dans sa famille, qui n'est pas assez bonne pour lui, mais le plus souvent il compte que le tort est de son côté, qu'il n'est pas assez attentif envers les siens, qu'il a gâté la vie de sa femme ; prend très à cœur les mauvais rapports avec sa femme et ses parents. Fréquemment inquiet, sa mauvaise humeur se traduit par la dépression, le reploiement sur lui-même et le silence. En société, il se montre tantôt spirituel et bavard et tantôt sans entrain et silencieux toute la soirée.

D'après les renseignements fournis par la sœur au Secours social et recueillis à son service, ce malade, étant très capable, occupait l'emploi d'ingénieur sans cependant avoir reçu d'instruction spéciale. Travailleur et inventeur émérite, il était doué et instruit. Un camarade qui l'a connu pendant 9 ans en parle comme d'un homme qui n'aurait cessé de se perfectionner, améliorant toujours sa production. Ces dernières années il fit quelques inventions et prit des brevets. Ses camarades le considèrent en homme qui aurait ses « humeurs » et qu'il faut savoir aborder. Indécis, extrêmement méfiant et soupçonneux, le malade travaillait très bien, mais n'étant jamais sûr de lui, il pouvait refaire la même besogne jusqu'à ce qu'il s'entendît dire que l'ouvrage était bien fait. Il lui semblait qu'il ne comptait pas comme ingénieur aux yeux des autres et qu'il tenait son emploi par condescendance. Il craignait toujours d'en faire moins qu'il ne fallait et avait peur de perdre une minute.

Il éprouvait parfois de longues périodes d'apathie au cours desquelles il se sentait dégoûté de tout avec l'envie de fuir n'importe où et de se cacher. Sa capacité de travail diminuait. Cet état durait environ une semaine. Il lui arrivait alors quelquefois de s'intéresser à quelque travail ou quelque idée qui le gagnaient petit à petit et l'humeur passait. Dans son travail le malade montrait beaucoup d'esprit de suite et de pédantisme et donnait habituellement la solution de son problème dans deux ou trois variantes, toutes bonnes, mais exigeait pour pouvoir fixer son choix une sanction extérieure. Ces sept dernières années les changements d'humeur se firent plus fréquents. Son rendement ne s'en ressentit pas beaucoup en somme, car les périodes où il travaillait difficilement étaient compensées par d'au-

©BIUM

tres. Revenu d'Amérique, il rapporta un grand matériel et sans prendre de repos fit un « travail prodigieux ».

Etat actuel. — Constitution se rapprochant du type athlétique. D'après la conclusion du thérapeute il aurait de l'artériosclérose. Du côté du système nerveux, rien d'anormal.

Etat psychique. — Conscient, d'un abord facile. Se comporte normalement, discipliné, avenant, cause volontiers avec force détails sur sa vie, montrant une réaction affective très vive et consulte volontiers le médecin dont il attend un secours. Sa parole est animée, assez expressive et aux intonations émotives. Sa mimique est simple et naturelle. Fraye avec les malades et prend part à leurs distractions. Il supporte mal son internement où le régime et l'entourage lui rappellent la prison ; la surveillance du personnel et les restrictions l'agacent, mais il ne peut se décider à réclamer énergiquement sa sortie. Il signale des maux de tête, parfois la sensation « de plomb » et de « nausées » dans la tête, de courts vertiges. Parfois il a la sensation que les objets qui l'environnent vacillent et perdent leurs contours. Eprouve presque constamment un malaise aux yeux, comme une pression sur les globes oculaires, souvent une faiblesse physique, de la mollesse, « la prostration », la paresse de faire un pas. L'humeur est déprimée, surtout apathique, mais on note des sautes quand après des états de dépression il se sent particulièrement remonté.

Durant son internement il se trouve presque toujours dans un état « d'inquiétude » qui surgit et se trouve maintenu par des futilités. Il est constamment angoissé et plein d'inquiétude mêlée de soupçons. L'idée qu'il s'est mal exprimé ou a mal agi le torture, il en ressent de l'angoisse. Il se croit toujours en faute : « Je tremble comme un criminel, dit-il, mais je serais bien en peine de dire pourquoi. » Après la visite du médecin, craignant d'en avoir trop dit, il fait entendre que ces renseignements peuvent servir contre lui, il se montre inquiet surtout au sujet des craintes qu'il a divulguées et qui peuvent faire croire qu'il est vraiment coupable. Il garde une impression désagréable de ses moindres paroles ou remarques qu'il a laissé échapper, il lui semble qu'elles pourront avoir des conséquences fâcheuses pour lui. Souvent il oublie ce qu'il a dit, mais l'impression désagréable persiste. « C'est comme si j'avais fait une crasse », dit-il. Une fois il lui est arrivé de dire en causant avec un malade qu'il avait un cheval dans l'armée et il fut saisi par une angoisse qu'il n'arrivait pas à s'expliquer. Une autre fois le même état s'empara de lui lorsqu'il raconta qu'il avait été à l'étranger. Après des incidents de ce genre il ne peut s'occuper de rien, il est tout entier sous l'empire du sentiment et de l'idée d'avoir fait quelque chose de mal. Ayant dit un jour à un médecin qu'il possédait une arme, il resta longtemps surexcité, croyant qu'on allait la lui reprendre. Souvent il lui semble qu'on le prend pour un simulateur et qu'on lui renouvelle les questions pour le surprendre. L'inquiétude qui s'empare de lui après ces

©BIUM

conversations lui laisse une sensation de « dépendance » vis-à-vis des autres gens. « C'est comme si je dépendais de l'homme auquel j'ai causé, comme s'il pouvait me faire du mal », dit-il, et il commence à lui inspirer de la crainte. Si les gens auxquels il vient de parler lui jettent un coup d'œil, cela suffit pour qu'il y voie la confirmation de ses soupçons. Dans la conversation il croit parfois saisir des allusions sur son compte. Les regards lui sont parfois désagréables et éveillent son inquiétude, il se demande s'il n'a pas dit quelque chose de mal, le regard du médecin à la consultation lui laissa une sensation désagréable. A propos d'un rien il lui semble qu'on parle de lui ; en s'approchant des gens il croit les importuner et qu'ils évitent de lui parler. Certains faits s'accumulent dans son imagination et orientent ses idées dans la direction de ses soupçons, sans arriver cependant à se systématiser ou à se fixer ; au bout de quelques jours il a tout oublié. Son comportement envers ses soupçons et ses angoisses se partage : d'un côté, il les croit absurdes, en parle parfois en riant, sans cependant se départir de son inquiétude, n'étant pas tout à fait persuadé que cela ne peut pas être, et d'un autre il les considère comme morbides et prie le médecin de l'en débarrasser par l'hypnose.

Le sentiment de son insuffisance est très développé et aboutit à l'idée d'humiliation : il croit qu'il est pire que les autres, antipathique, peu cultivé, qu'on l'évite et ne l'aime point.

Du côté de la sphère intellectuelle il note une difficulté et une lenteur des processus de conception et l'incapacité de concentration de l'attention qui progressent avec l'âge. En lisant il a peine à fixer son attention, relit la même phrase sans fin, ce qui le prive de la lecture de la littérature technique ; il ne la comprend pas et s'en trouve d'ailleurs empêché par des idées obsédantes sur ce qu'il vient de lire. Ne peut coordonner systématiquement sa pensée, a des lacunes dans le fil de ses idées, sa tête est pleine de pelotons et de bribes d'idées disparates. Autrefois il savait très bien rédiger les papiers juridiques et fut surnommé le « juriste », mais ces dernières années il se montrait incapable de rédiger la moindre note. Il fait aussi remarquer qu'il prend plus de temps à réfléchir pendant une simple conversation ; ne comprend pas d'emblée, pose des questions supplémentaires, se sent incapable de saisir l'essentiel et de se débrouiller dans les situations compliquées. L'intérêt intellectuel ainsi que l'intérêt pour son entourage a baissé sensiblement, tout l'ennuie et lui paraît dénué d'intérêt. Ne s'intéresse pas à la littérature, ne la lit pas, pas plus que les journaux d'ailleurs. Note une perte de mémoire. Le souvenir du passé n'est pas très net, il confond les dates, s'aperçoit qu'il n'oublie pas tout également, mais par « morceaux ». Certaines choses restent très claires dans sa mémoire, d'autres, au contraire, ne peuvent être évoquées.

Son langage est cohérent et sensé, le malade est porté à détailler et à analyser ses sensations, dont il donne une bonne description.

©BIUM

Il note ces dernières années une progression toute particulière des doutes obsédants et de la vérification de ses actes ; se lève dans la nuit pour s'assurer qu'il a bien fermé la porte, revient sur ses pas à mi-chemin pour vérifier ses papiers, refait plusieurs fois le compte de son argent, etc... Il sent que tout ceci porte une empreinte morbide, mais il n'est pas maître de lui. Ses actions manquent d'énergie, il a peine à passer de l'idée à l'action et de mettre ses projets à exécution, toute affaire nouvelle lui étant pénible. Il note une grande indécision même dans les moindres choses. L'affection pour la famille existe, mais elle est devenue une habitude. N'éprouve aucun besoin de fréquenter le monde, car dans ce cas il faudrait causer, ce qui lui est pénible. Ainsi il fut un temps sans sortir. En société il se montre parfois gai jusqu'à l'exaltation et bavard, mais se rend compte que ce n'est pas naturel, qu'il est monté. Souvent aussi il remarque chez lui un « dédoublement » dans le sens d'un désaccord entre son état psychique et ses manifestations extérieures. Comme par exemple il dit : « Je suis de mauvaise humeur et en même temps je chante. » Ainsi une fois ayant eu des désagréments il rentra déprimé à la maison sans cependant pouvoir réprimer un vif désir de chanter et de danser. Par rapport à sa maladie son appréciation se dédouble également. Il ne se rend pas compte s'il est malade ou bien portant. Son travail l'importune et avant tout les obligations qu'il implique, il croit parfois qu'il est à bout de forces et que le lendemain il n'ira plus à son service et cependant il y va et travaille. Il lui arrive d'ailleurs de s'emballer quelquefois pour quelque question nouvelle, principalement ses inventions.

Pendant son internement on ne put constater de changement notable dans son état, il put reprendre son service après un congé de courte durée. Les données catamnésiques montrent que le malade s'est amélioré pour un temps, qu'après son séjour à l'hôpital il s'était senti comme « reposé », après quoi on constata une aggravation occasionnée par des ennuis à son service, où il continua à garder son emploi et à remplir un travail urgent et d'une grande responsabilité. Les angoisses et les soupçons se sont quelque peu dispersés à l'heure actuelle, car au dire du malade il est trop préoccupé par son travail « et n'a pas le temps d'y penser ». Il est d'avis que pendant l'internement ils étaient plus accentués à cause de l'entourage.

Le cas actuel présente un processus schizophrénique qui a débuté dès la tendre jeunesse et qui évolue sous forme de ce qu'on nomme la « psychasthénie », du moins les phénomènes d'obsession, l'élément d'inquiétude dans l'état du malade avec la conservation de la personnalité, sembleraient parler en sa faveur. Et cependant, la dégradation intellectuelle lente et très légère qui progresse quand même avec l'âge et qui, en attendant, ne se trouve confirmée que subjectivement et compensée

©BIUM

dans le travail, ainsi qu'une série de microsymptômes (le trouble de l'idéation, les hallucinations, les troubles de l'affectivité, les épisodes de dissociation et surtout l'état paranoïde, quoiqu'à peine développé), indiquent clairement un processus schizophrénique à évolution très lente conservant intacte la personnalité du malade et sa valeur sociale.

Cas n° 2. — C., 39 ans, homme de science, entre à l'Institut en octobre 1931.

Plaintes. — Céphalées persistantes, surtout à la nuque. Sent sa tête se partager en deux, une pression sur les yeux et un dédoublement de la pensée. Perte de mémoire. Aprosexie.

Hérédité. — Père au caractère despotique et singulier, irritable, battant sa femme et ses enfants. La mère est douce de caractère, très soumise. Une tante paternelle et des oncles ont été atteints de maladies mentales. Un frère est maussade de caractère et violent dans l'ivresse. L'autre frère est tuberculeux.

Anamnèse. — Issu d'une famille de paysans, il fut rachitique dans l'enfance et retardé dans son développement. Enurésie jusqu'à 14 ans. En entendant les récits des grandes personnes il se sentait effrayé et avait le sommeil agité. Il grandissait avec son ivrogne de père et subissait ses horions. Il était de caractère timide, craintif, méticuleux et peu sociable. Commença ses études à l'âge de 7 ans à l'école communale, ses capacités étaient bonnes. N'avait pas d'amis, se tenait toujours à l'écart. A sa sortie on lui conseilla de poursuivre ses études, mais il n'en eut pas l'occasion. Dès l'âge de 12 ans il entra à l'usine et à 13 ans s'enfuit de la maison pour aller à Leningrad où il entra dans un atelier de couture tout en poursuivant lui-même son instruction. A l'âge de 16 ans il ressentit une excitation sexuelle exagérée et en raison des livres de médecine qu'il avait lus et de l'onanisme qu'il avait pratiqué il se fit des reproches. A cette époque il ressentait parfois « deux idées surgir sur la surface de son cerveau » et se disputer indépendamment de sa volonté ; il y prêtait l'oreille en éprouvant une sensation « veloutée » dans la tête. A partir de 18 ans il note un changement de caractère, devient plus décidé et sûr de lui-même. A cette époque on le voit s'occuper de politique. Employé à l'usine, il frayait peu avec ses camarades, n'aimant pas la boisson. Se sentait à son aise avec ses collaborateurs des travaux sociaux, mais avait peu d'amis intimes. S'adonnait volontiers à la philosophie et à la réflexion sur les questions de l'origine de la vie et sur Dieu, mais se libéra vite de la religion. Au physique il était maladif. En 1914 s'engagea dans la cavalerie. Les exercices militaires étaient au-dessus de ses forces, surtout de monter à cheval. Tout l'entourage lui produisait une impression pénible. Il eut des pollutions, se sentit brisé et sans forces. Eprouvait de l'angoisse, marchait avec peine, se laissait soutenir sous les bras. Et en même temps il passait par un

©BIUM

moment pénible, car la femme avec laquelle il avait vécu l'avait brusquement quitté pour un autre. Souvent il la voyait dans son imagination et souffrait de cette rupture. C'est avec le diagnostic de « neurasthénie » qu'il fut transféré à l'école des aides-chirurgiens où il acheva ses études. A partir de cette époque, il devint quelque peu distrait, s'assimilant plus difficilement ce qu'il apprenait, ce dont il se rendit compte lors de ses études dans cette école. Il fit son service militaire dans l'armée impériale comme aide-chirurgien. Son irritabilité lui valut des ennuis. Durant son séjour dans l'armée il se sentait parfois éperdu, déprimé et indécis et après la grande guerre il prit 6 mois de repos, se sentant fatigué et ne parlant à personne. Plus tard il prit part à la guerre civile. En 1919 présenta une crise très grave de fièvre exanthématique et récurrente, restant presque sans secours dans les conditions difficiles de la vie du front. Après cette maladie il perdit pour un temps la mémoire qui ne lui revint ensuite qu'en partie. A partir de cette époque il note une progression notable des manifestations morbides, parfois des maux de tête, tantôt des crises de mélancolie qui duraient plusieurs jours et au cours desquelles il ne savait où se mettre, ressentant du vide autour de lui. Il lui arrivait de perdre le fil de ses idées pendant ses discours. En 1920 il entra à l'Ecole supérieure pour en sortir en 1924. A cette époque il éprouvait des maux de tête sans toutefois s'y arrêter, étant absorbé par le but à poursuivre. Tout en faisant ses études, il exerçait des fonctions sociales, gagnait sa vie ; sa capacité au travail variait par périodes ; tantôt il travaillait avec peine, tantôt faisait plus qu'il n'était nécessaire, était obligé de se surmonter. Après sa sortie il prit un emploi en province en qualité de médecin vétérinaire. Le travail était très intense, énervant, il tomba malade avec des signes de colite et une irritabilité exagérée. Entra au sanatorium où il fit un séjour de deux mois. Resta 4 à 5 mois sans travailler. En 1926, il refit un séjour au sanatorium, présentant les mêmes manifestations morbides. Resta deux mois sans travailler. Consulta systématiquement le neurologiste du quartier en se plaignant de maux de tête, d'irritabilité, de palpitations au cœur ; d'habitude, en automne et au printemps son état s'aggravait, il se sentait parfois malade pendant deux semaines, après quoi il comblait les lacunes par un surcroît de travail. Les états de dépression se traduisaient par une mélancolie au cours de laquelle il ne savait où se mettre, ne voulant causer à personne et n'allant pas à son service. La nécessité de parler réclamait de sa part un grand effort et l'irritait. Jusqu'en octobre 1930 il continua à se sentir mal, travaillant néanmoins au-dessus de ses forces. Accusé d'abus de confiance, son état s'aggrava très sensiblement. La nuit, avant de s'endormir, il s'entendait appeler, craignait d'être arrêté, se méfiait de tout son entourage, croyait qu'on parlait de lui et était en proie à la dépression. Fut envoyé dans un sanatorium à Moscou, après quoi il se sentit bien et occupa pendant 3 mois un poste important dont il s'acquitta très bien. En mai 1931 il fut nommé chef de

©BIUM

l'Institut Scientifique où il avait été collaborateur jusque là. Jusqu'à cette époque son état avait été satisfaisant et son travail scientifique productif. Sa nouvelle nomination aggrava son état en lui donnant une surcharge de travail compliquée de désagréments ; il soupçonnait qu'on le traquait. L'état général devint plus mauvais. En juillet il ressentit un grand mal de tête et des douleurs aux extrémités. Fut de nouveau envoyé dans un sanatorium et de là à la « policlinique » de l'Institut où il dut subir un temps un traitement ambulatoire. En octobre, après un voyage qui raviva ses souvenirs de la vie militaire, l'état de dépression réapparut de nouveau suivi d'insomnie et d'irritabilité excessive. Il lui arrivait parfois de ne pas pouvoir travailler pendant plusieurs jours. C'est dans cet état qu'il se présenta au Service interne de l'Institut.

Les établissements externes et internes où il a été traité ont posé différents diagnostics tels que : cyclothymie, schizophrénie, psychasthénie, etc...

Vie sexuelle. — Depuis l'âge de 14 ans jusqu'à 16, il pratiqua l'onanisme. Commença la vie sexuelle à 18 ans. Eut des périodes d'excès. A la suite d'un traumatisme sexuel en 1914, son désir tomba. Actuellement il est marié et a un enfant. Ses rapports avec sa femme sont froids.

Caractère. — Depuis son service militaire il note un changement de caractère dans le sens d'une plus grande irritabilité et de grossièreté. Il lui arrivait d'avoir des crises de colère avec éclats et bris d'objets. Le fond du caractère fut sans grands changements durant toute sa vie. Mais sa réserve allait en augmentant, de sorte que ces dernières années il n'avait plus d'amis du tout. Il explique son insociabilité par les abus de confiance dont il fut victime dans le passé. Il resta aussi peu sûr de ses actes que dans sa jeunesse, les vérifiait à plusieurs reprises, pesait tout avant d'entreprendre quelque chose, mais la décision une fois prise, il passait énergiquement à l'action. Très tenace dans l'accomplissement du but qu'il s'était proposé, il se montrait exigeant envers les autres. Dans les périodes de dépression, sa méfiance augmentait. Il lui semblait qu'on « complotait » contre lui.

Données objectives. — Au dire de sa femme le malade aurait toujours eu un caractère difficile, renfermé et silencieux, mais bon envers sa famille. D'après les renseignements fournis sur les lieux du travail par ses supérieurs et les gens qui l'ont connu depuis 1925, il aurait un caractère peu affable, peu communicatif, renfermé et gardant ses impressions pour lui. Très nerveux, mais sachant se maîtriser, dans ses moments d'humeur il recherche l'isolement, fuit le monde, méfiant envers ses supérieurs, malgré la pleine confiance dont il jouit. Va droit au but. Est très ferré en politique. S'oriente vite dans n'importe quelles circonstances et rien ne peut l'ébranler dans aucune condition. Se montre exigeant, mais juste envers ses subal-

©BIUM

ternes. L'atmosphère qui régnait à l'Institut à l'époque où il en avait la direction ne lui était pas favorable, ce qui s'expliquait par des raisons purement extérieures. Le malade dut lutter à chaque instant avec des difficultés de toutes sortes pour mettre ses projets à exécution. Un tel état des choses dura près d'un an et énerva le malade qui, étant très renfermé, ne s'en plaignit à personne. A partir du printemps de cette année là, ses collègues remarquèrent qu'il y avait quelque chose qui clochait dans son caractère : il se repliait sur lui-même, ne parlait pas, était maussade. L'aptitude au travail ne paraissait pas s'en ressentir. Les derniers temps le malade travaillait moins vite, mais l'assiduité l'y aidant, il n'y avait pas de lacune dans son travail. Il est très estimé comme travailleur.

Etat actuel. — Le malade est de taille moyenne. La constitution se rapproche de celle des pykniques aux traits athlétiques. Est porté à l'adiposité. D'après l'examen du thérapeute, il y aurait un commencement d'artériosclérose. Du côté du système nerveux rien d'anormal.

Etat psychique. — Le malade est conscient, se comporte bien, se soumet au régime, se tenant tout d'abord à l'écart des autres malades est devenu plus sociable et causeur ensuite, aimant à plaisanter avec eux. Les gestes sont brusques, gauches et impétueux. La mimique est à l'avenant. L'expression de la figure maussade. Pendant son internement il s'adonne volontiers à un travail manuel, moins à la lecture. Pendant la visite du médecin il se montre accessible, mais sur la défensive. Interpellé, ses réponses sont habituellement brèves, saccadées, il ne donne de détails que lorsqu'on insiste. Ses plaintes visent principalement ses sensations somatiques et ses maux de tête : ressent dans la tête une pression qu'il localise tantôt d'un côté, tantôt d'un autre, également une pression sur les yeux suivie de brouillard devant lui, de constriction et de bruit dans la tête. En faisant la description de ses sensations, il se sert volontiers de comparaisons telles que : « fouler l'air », « sensation veloutée dans la tête », un « moteur » dans la tête, « la tête se fend en deux parties, l'une plus grande que l'autre ». Eprouve des douleurs passagères dans diverses parties du corps ; des serrements au cœur, des fourmillements aux jambes, etc... Le malade insiste très volontiers sur la description de ses sensations, cherchant à les analyser, fait des suppositions hypocondriaques et se livre à d'interminables discussions sur les mesures diététiques auxquelles il a eu recours à la maison pour améliorer son état. Emploie souvent des termes de médecine et s'efforce à faire rentrer ses manifestations morbides dans le cadre des maladies peu graves qu'il connaît. Du côté de la sphère affective apparaît l'irritabilité qu'il cherche d'habitude à réfréner, allant rarement jusqu'à élever véritablement la voix. Eut une crise d'irritation au sujet du journal qui ne fut pas livré à temps. Mais par contre il note un état d'irritation subjective assez fréquent qui fait suite à l'effort intérieur et aux céphalées. Le malade donne une description de deux états

©BIUM

différents qu'il oppose l'un à l'autre : l'un qu'il appelle la « dépression » et qui est caractérisé par l'apathie, la sensation du vide, la torpeur et la mélancolie, quand il ne sait où se mettre, et est porté à rester étendu, perdant l'aptitude au travail, incapable de fixer son attention sur quoi que ce soit ; l'autre qu'il qualifie d' « exaltation », qui est caractérisé par une tendance à s'irriter, l'insomnie, l'excitation sexuelle, le besoin de bouger et une idéation plus accélérée, mais peu productive, ne servant qu'à ruminer les événements de la vie actuelle et, à son avis, à éveiller la méfiance envers l'entourage. D'après les observations objectives, l'humeur du malade traduirait plutôt l'indifférence avec quelques éléments d'irritation et de manque de confiance en soi. On note des hallucinations olfactives : des odeurs désagréables, surtout de mauvais tabac, un cas d'appel. Au cours d'une lecture soutenue, il lui arrivait de voir à ses côtés une silhouette d'homme ou de bête qui s'évanouissait lorsqu'il tournait la tête. Les premiers temps de son internement il se montrait quelque peu méfiant envers son entourage, il lui semblait qu'on ne le laisserait plus partir et qu'il était suivi. Son niveau intellectuel est suffisant. S'intéresse à la politique et à sa profession. La mémoire est affaiblie. Retient peu ce qu'il lit, surtout les noms propres. Les renseignements qu'il fournit sur son anamnèse ainsi que sur divers événements manquent de précision, tant au point de vue de l'existence des faits qu'à celui de leur succession. Les associations s'enchaînent rapidement, mais sont uniformes, incolores. Est porté à raisonner sur les moindres faits et sur sa propre santé. Son jugement est bref, catégorique. Tendance à l'ironie. Le malade remarque lui-même une lenteur dans son idéation, « un manque de précision », ne saisit pas d'un coup la question qui semble tout d'abord « tomber dans le vide ». Une des particularités de son idéation est la concrétisation. Il doit se représenter tout ce qu'il pense ou ce qu'il lit sous forme d'images visuelles ou auditives sans lesquelles il ne conçoit qu'imparfaitement. Il montre également une tendance à la reproduction forcée de certains faits ou à la création de nouveaux en les discutant dans son for intérieur. « Les idées semblent se fourrer dans la tête, s'enchevêtrer et se raccrocher à différentes paroles et différents faits ». Parfois la pensée coule dans deux directions opposées, donnant la sensation d'un débat qui, indépendamment de sa volonté, se produit dans sa tête entre ses deux moitiés, ses deux « moi ». Pendant l'état morbide, chaque décision, avant d'être prise, est soumise à un examen ainsi prolongé. De cet examen dépend parfois la valeur que l'on donne à tel ou tel fait ou événement. Il en résulte soit l'apparition, soit au contraire la dissipation des soupçons et du manque de confiance en soi. Le malade note la même duplicité (deux « moi ») dans ses idées, dans ses sentiments et dans ses actes. Parfois elle revêt le caractère de lutte entre sa personnalité et ses angoisses et soupçons qu'il qualifie de morbides, un « moi » étant pour, l'autre contre. Dans l'évaluation de sa personnalité, le malade note

©BIUM

également la même duplicité : un « moi » le tranquillise, lui remonte le moral, l'autre lui parle d'insuffisance. Avec cela il éprouve toujours le sentiment de manque de confiance en soi et en la justesse de ses actes et se sent incapable de prendre une décision d'emblée, ce qui contraste avec le ton décidé et catégorique de son jugement. Il note un sentiment de haine et d'irritation particulières envers ses supérieurs à son service. Dans ses démêlés avec eux il se montre tranchant et irritable, surtout si les ordres lui sont donnés d'un ton formel. L'esprit de contradiction s'éveille alors involontairement en lui. Avec l'âge il a acquis une plus grande souplesse et la faculté de s'adapter à ses relations de service, ayant remarqué que la franchise par trop excessive qui le caractérise ne mène à rien. Il remarque que son aptitude au travail baisse avec l'âge. Malgré cela il espère continuer à se développer et à s'affermir comme individualité et comme homme politique.

L'observation dynamique ultérieure a montré que le malade a quitté sa place dirigeante, ayant conservé celle de collaborateur scientifique supérieur, et tient bien son emploi. Quand il est fatigué, il éprouve de la difficulté dans son travail intellectuel à grouper son matériel, à l' « associer ». Son état empire ou s'améliore suivant les circonstances extérieures.

Dans ce cas le processus de schizophrénie atténuée commence franchement dès l'âge de 16 ans, à en juger d'après certains symptômes qui datent de cette époque, et donne une poussée réactive au moment du service militaire, laissant une certaine déficience, quoique très légère, sous forme d'affaiblissement de la conception et de l'attention. Plus tard, au cours de toutes les années qui suivront, nous voyons une évolution très lente, périodiquement entrecoupée de phases d'accroissement des phénomènes morbides, simulant les phases cyclothymiques et provoquées souvent par la situation ou les accidents somatiques qui sont compensés par le repos et le traitement. Mais même au point culminant des phénomènes morbides le tableau de la maladie ne présente guère de symptômes schizophréno-psychosiques bien francs. Les phénomènes paranoïdes ne sont pas très marqués et font l'effet de prime-abord d'être dus aux réactions. Quant aux autres symptômes, notamment les troubles affectifs, ce n'est que l'étude approfondie de leur structure qui met à découvert leurs traits schizophréniques, les distinguant des troubles cyclothymiques (le vide au lieu de la mélancolie, associé à la tendance autistique de fuir le monde, l'excitation intérieure improductive combinée à l'irritabilité et aux troubles intellectuels). Ces troubles intellectuels et les phénomènes de dissociation, tout en portant le caractère de micro-symptômes qu'on ne constate qu'après une étude approfondie, parlent néanmoins en faveur d'un processus schizophrénique. Il est possible aussi que l'augmentation des manifestations morbides soit provoquée par l'artério-sclérose qui a commencé à se développer ces dernières années.

©BIUM

Ainsi, nous voyons, dans les cas que nous venons de citer, un processus schizophrénique qui débute dès l'adolescence et évolue plus de 20 ans sans donner, tout le long de son cours, de crises psychosiques aiguës.

Et, d'un autre côté, le processus à évolution lente se trouve constamment dans un certain état de dynamisme en quelque sorte, ce que l'on voit d'après le changement du tableau clinique, l'apparition inattendue des symptômes évolutifs isolés nouveaux ou anciens à des étapes différentes, même dans les périodes où le processus paraît s'éteindre, et d'après la présence presque continue de certains symptômes ou leur tendance à se former malgré un état psychique général relativement favorable. Et cependant, ce mouvement du processus présente rarement une ligne droite infailliblement ascendante et se trouve caractérisé pour la plupart par des périodes d'augmentation et de diminution des phénomènes morbides, de véritables flux et reflux qui n'atteignent jamais la proportion de vraies crises psychotiques. Ces fluctuations sont typiques pour les formes légères de la schizophrénie et en même temps nous ne trouvons sur le sommet de chacune de ces vagues (comme dans les deux cas cités plus haut) qu'une augmentation quantitative des phénomènes morbides qui sont moins prononcés dans les intervalles. Tout le mouvement du processus dans ces cas-là présente le caractère périodique d'états de compensation et de décompensation qui surgissent souvent sous l'influence de moments extérieurs et parfois indépendamment de ces moments.

Ce n'est que très relativement que l'on peut parler dans certains de ces cas de légères crises faiblement délimitées, de leur période initiale et de l'état terminal. Dans certains cas il serait plus juste de parler, comme pour les personnalités psychopathiques, de phases d'accroissement des phénomènes morbides, qui, une fois terminées, ne laissent pas de changements manifestes (comme par exemple le second malade) et qui simulent parfois les troubles cyclothymiques ; dans d'autres cas, il s'agirait plutôt des réactions, vu leur rapport très net avec les troubles exogènes (affections somatiques, fatigue, traumatisme psychique), dans ces cas-là les mesures thérapeutiques et prophylactiques (telles que la physiothérapie, la psychothérapie, le repos, le changement de milieu, etc.) donnent un résultat très sensible. On ne réussit pas toujours à tracer une ligne de démarcation bien nette entre ces accroissements réactifs des phénomènes morbides et les fluctuations endogènes de l'évolution du proces-

©BIUM

sus, mais en tous les cas la propriété de la « réactibilité », de la dépendance des influences extérieures doit être considérée comme une des caractéristiques du processus schizophrénique atténué.

D'après ce qui vient d'être dit, apparaît une autre particularité de la schizophrénie légère, intimement liée aux propriétés bénignes du processus, notamment la conservation de la personnalité. Au point de vue du comportement extérieur, ces malades, comme on le voit d'après les anamnèses, sont accessibles, naturels et adéquats dans leurs manifestations motrices, ne nous montrant quelques traits particuliers que dans certains cas. Ainsi par exemple on peut noter une certaine gaucherie dans la motilité de C., ainsi que la parole saccadée qui correspond cependant à tout son extérieur maussade et au psychisme de son genre. Ces particularités, ainsi que d'autres que l'on note parfois chez des malades de ce type, en imposent comme des modalités constitutionnelles à part, qui ne dépassent pas ce que l'on nomme la norme et qui n'ajoutent à l'impression que l'on a de cette personnalité rien d'inadéquat et d'inexplicable.

Toute la personnalité de ces malades apparaît en somme intègre tant au point de vue statique que dynamique. Il est vrai qu'un examen plus approfondi, pour ainsi dire à la loupe, décèle dans bien des cas certains micro-symptômes de dissolution ou de dissociation, mais néanmoins ils ne s'emparent pas ordinairement de la personnalité entière, restant pour ainsi dire à la surface et perçant isolément dans certaines fonctions (comme par exemple les symptômes qui se rapprochent des automatismes intellectuels chez C..., des états séparés de dissociation entre l'expérience vécue et sa manifestation extérieure chez G...), ou présentant le caractère d'épisodes fugaces et isolés qui s'infiltrent dans la personnalité intègre et intacte sous tous les autres rapport (les états épisodiques de dépersonnalisation de courte durée chez G.).

Toute la constitution psychique des malades montre parfois aussi une intégrité particulière, une constance et une succession des propriétés et des tendances réactives, se rapprochant de tel ou tel type de psychopathie (psychasthénique chez G. et schizoïde chez C.).

Il est assez difficile de parler dans tous les cas de la conservation de la personnalité, quant à ses particularités pré-morbides, attendu que le processus débute le plus souvent dès l'enfance, quand les traits fondamentaux de la personnalité ne sont pas encore suffisamment formés. Dans les cas où le processus com-

©BIUM

mence plus tard, les traits fondamentaux de la structure de la personnalité se conservent pour la plupart tout le long de l'évolution de la maladie. Les changements qui s'opèrent peu à peu ne semblent être rien autre qu'une accentuation de quelques traits de caractère. Cette accentuation, ainsi que l'apparition de particularités nouvelles conditionnées par le processus ou le refoulement à l'arrière-plan de quelques anciens traits autrement dit tout le dynamisme de la reconstruction de la personnalité qui s'opère très graduellement et insensiblement, porte subjectivement le caractère de continuité historique et d'ininterruption, se rattachant à l'expérience passée, à l'influence du milieu et aux accidents extérieurs. Ainsi la progression de la méfiance chez C. qui l'oblige à se tenir sur ses gardes, et l'idée de persécution chez G. se rattachent à certains événements de leur expérience passée. Dans certains cas on voit surgir sur un fond de direction générale de changement de personnalité déterminée par le processus, des constitutions réactives et supplémentaires, qui prennent une autre direction et qui souvent ne sont rien autre que le résultat des influences sociales et de leur retentissement dans les convictions et les idées fondamentales de la personnalité.

Ainsi le développement bio-psychique de la personnalité et le développement du processus atténué se pénètrent l'un l'autre intimement, formant une seule entité dans un seul processus dynamique vivant, la personnalité ne perdant pas sa continuité historique et figurant même, en pathologie, comme le produit d'un développement historique issu de l'expérience passée et de sa corrélation avec le milieu social, ce qui n'est possible que grâce aux changements somato-biologiques extrêmement lents qui sont à la base de ce processus et à leur lien intime avec la structure biopsychique de la personnalité.

Il s'ensuit que l'opposition des notions de développement de la personnalité et du processus, avancée par Jaspers perd, par rapport au groupe de la schizophrénie fruste, sa valeur comme critère diagnostique.

Dans tous les cas observés par nous, on peut parler aussi de la conservation de ces malades au point de vue social. Malgré leur affection, ils n'entrent pas dans une nouvelle existence pathologique, ne plongent pas dans « un monde extra-substantiel », particulier, plein d'expériences mystiques et symboliques, qui caractérisent les cas psychosiques grossiers (Storch) ; ils sont tous membres de collectivités sociales, exerçant leur action et subissant à leur tour l'influence du milieu social, vivant de ses

©BIUM

intérêts et gardant leur orientation et leur tendance sociales. Quelqus-uns d'entre eux donnent un déploiement de force sociale important, montrant un grand rendement dans leur activité professionnelle et sociale et jouissant de la considération et d'une grande estime (par exemple, C.).

D'après la remarque de L. Rosenstein, « le développement de la personnalité de ces malades suit son cours indépendamment de la présence dans son sein du schizosymptomocomplexe ».

Dans la plupart des cas nous trouvons intact aussi le noyau affectif, les affections familiales, les intérêts communs, quoique toute la gamme et la richesse des nuances émotives aient été un peu endommagées. Ce préjudice à peine perceptible dans la vie émotive se trouve être parfois l'unique symptôme probant de la morbidité chez ces malades.

Le fait de la conservation de l'intégrité de la personnalité témoigne déjà en soi de l'insignifiance, dans ces cas-là, de la défectuosité schizophrénique, en sous-entendant par là les changements stables dont le développement à rebours est peu probale et qui doivent leur origine aux processus organiques.

L'insignifiance et la subtilité de cette défectuosité distingue les cas de ce genre des autres où la schizophrénie évolue lentement, mollement, mais avec une action destructive visible. Dans certains cas, là où les malades manquent de bonne volonté ou de capacité pour se soumettre à l'observation et pour rendre compte des changements qui s'opèrent en eux, leur défectuosité, grâce à la finesse de son caractère et aux phénomènes de compensation derrière lesquels elle se dérobe, échappe aux méthodes objectives d'observation habituelles. Très souvent, les déficits de la schizophrénie légère se laissent difficilement déterminer par les vocables de la symptomatologie clinique définie et se manifestent de nouveau, comme il a été dit plus haut, dans la reconstruction subtile de la personnalité, dans le sens du changement de corrélation entre ses éléments séparés et parfois aussi dans la modification de certaines particularités des réactions de la personnalité et de son comportement social, ou bien encore dans le déplacement de ses inclinations et de ses intérêts. Tel, par exemple, un malade qui, vu l'abaissement de ses facultés intellectuelles, échange ses intérêts abstraits (mathématiques) contre d'autres plus concrets, — l'étude des langues étrangères, et les intérêts socio-professionnels contre les intérêts personnels et familiaux et s'adonne volontiers à son ménage.

A cause de ces phénomènes de compensation, les véritables déficits schizophréniques sont difficiles à cristalliser. Ainsi, le

©BIUM

malade G, devenant avec l'âge borné dans ses intérêts et perdant le besoin de fréquenter le monde, compense ce déficit par le développement d'une sociabilité rationalisée. Le malade C. élabore avec les années, dans ses relations avec le monde, la « souplesse » et la « ruse », qui ne correspondent pas à la droiture et au penchant pour les principes de son psychisme schizophrénique. De cette manière, la formation des changements de suppléances et déficitaires s'entrelace dans un seul et même développement dynamique de la personnalité.

Dans un cas nous avons observé l'accentuation et, avec les années, la stabilité des particularités du caractère schizoïde qui s'est manifesté dans le profil social du malade, lui imprimant un cachet à part, non conforme à l'esprit de l'époque (« une nature démoniaque »), en en faisant un anachronisme social, ce qui peut être envisagé comme une manifestation objective de sa morbidité. Quelquefois, cette défectuosité peut porter un caractère négatif et apparaître dans l'absence des propriétés auxquelles on serait en droit de s'attendre dans la situation donnée, ou se traduire par un arrêt de développement psychique qui se remarque surtout dans les cas où le processus évolue petit-à-petit dès l'enfance ; la personnalité de ce genre de malades reste comme arrêtée dans son développement et garde pour toute la vie des traits et des réactions infantiles. D'autres fois encore, ces malades s'embourbent pour toute leur vie dans les complexes infantiles-névrosiques ou restent fixés à des traumatismes psychiques très anciens, hors de portée actuellement ou bien encore à des complexes sexuels.

Des réactions complexes de ce genre manifestent de cette manière les phénomènes déficitaires qui se trouvent à leur base sous forme d'abaissement de la vivacité de la sphère affective, de manque de contact avec la vie environnante, de restriction des possibilités et des intérêts intellectuels.

Il est rare de pouvoir constater le déficit intellectuel dans les conditions de l'activité professionnelle habituelle, ce n'est que l'observation subjective des malades (ainsi qu'une expérimentation plus fine) qui montrent un ralentissement progressif des processus intellectuels qui évoluent peu à peu (ralentissement de la perception dans la lecture, la perte de la faculté de formuler sa pensée oralement ou par écrit comme, par exemple, d'écrire des lettres, la difficulté à comprendre quelque chose de nouveau, etc.). Parfois, des déficits très légers de la sphère intellectuelle apparaissent sur certains points avec la conservation d'une aptitude au travail satisfaisante, voire même à grand

©BIUM

rendement dans la sphère professionnelle, tels : la perte du bel esprit, la perte du style littéraire habituel ou de l'imagination, une compréhension ralentie de la conversation, surtout de la plaisanterie, l'affaiblissement de la perspicacité et de la présence d'esprit dans la vie courante ou les jeux. Le malade G., tout en conservant une productivité suffisante dans la sphère professionnelle, note la perte de son ancienne habileté à composer des papiers juridiques, la perte de la faculté de narrer ou d'écrire sur un sujet donné, de saisir la trame de la conversation. Un autre malade (un musicien et un compositeur éminent) se sent incapable d'écrire une simple lettre, se rend compte de l' « infantilisme » de sa langue dans les conversations officielles et de son inaptitude à développer la moindre idée.

Cherchant à tracer les caractéristiques générales des signes cliniques de la schizophrénie légère, on peut dire qu'une des propriétés de cette symptomatologie est sa subjectivité. Nous apprenons les particularités symptomatiques de ces malades dans l'observation clinique, uniquement d'après leurs plaintes, ce qui correspond à l'insignifiance de l'intensité de ces symptômes et de leur manifestation extérieure dans un milieu neutre, tel qu'un établissement médical. Dans la pratique de leur activité sociale, ainsi qu'on a eu l'occasion de le constater quelquefois en faisant une enquête sociale sur les lieux du travail, ils font montre de certaines particularités dans leur comportement et leurs réactions, comme par exemple de l'irritabilité, du reploiement, se montrent à cheval sur les principes ; derrière toutes ces particularités, on peut déceler les symptômes et les mécanismes pathologiques séparés. Dans ce sens, l'enquête sociale, là où on ne peut compter sur une franchise complète des malades, sert parfois à orienter l'observation clinique.

Pour ce qui concerne la symptomatologie de la schizophrénie légère, une question se pose, tout naturellement : y a-t-il une électivité déterminée, une pathognomonie des symptômes déterminés pour les processus, atténué, autre que pour les processus grossiers. S'il en était ainsi, nous serions dès le début en possession d'un critère pronostique solide.

Néanmoins, notre réponse à cette question doit être négative. Dans le tableau de la schizophrénie légère nous trouvons, au point de vue de la terminologie, les mêmes variétés de symptômes que dans les formes grossières, à part celles qui forment les éléments fondamentaux de la structure de l'état psychosique général, typique pour les processus évoluant par accès aigus (d'excitation, d'état éperdu, de torpeur, d'inconscience, etc.).

©BIUM

Parmi les phénomènes habituels, il faut citer les phénomènes affectifs, intellectuels, sensoriels (ou psycho-sensoriels), et les phénomènes légèrement paranoïdes.

Les particularités du processus léger se manifestent ainsi, non par l'apparition élective de symptômes séparés, mais par des particularités qualitatives spéciales, par la formation, premièrement, de symptômes de moindre intensité, secondement, par l'état inachevé, non développé (rudimentaire) de ces symptômes.

Dans la schizophrénie atténuée nous trouvons le degré peu avancé et les stades initiaux de tous les symptômes, à part ceux cités plus haut. Cette faible intensité et leur état rudimentaire prêtent parfois aux symptômes schizophréniques de la forme atténuée des qualités qui les distinguent des symptômes psychosiques ; c'est pourquoi leur schizo-caractère, à peine ébauché, nécessite parfois une méthode très soignée et approfondie pour le mettre à découvert et produit parfois de prime-abord l'impression de quelque chose de différent. Et cependant, la possibilité, dans certains cas, de suivre le développement progressif du même symptôme à travers une série de phases intermédiaires jusqu'à sa pleine éclosion, prouve leur genèse commune.

La notion d'insuffisance d'intensité du symptôme peut s'appliquer surtout aux symptômes plus élémentaires, le plus souvent aux symptômes évolutifs primaires, auxquels on peut rapporter les différentes sensations physiogènes, ainsi que certains troubles intellectuels et affectifs. Les paresthésies et les différentes sensations physiogènes que l'on trouve chez les malades de ce genre (comme, dans les cas cités plus haut, la sensation de brouillard, de pesanteur dans la tête, d'état figé, de papillotage, de céphalées, de vertiges, etc.), trouvent une expression subjective pour la plupart non très accentuée, sont inconstantes, peuvent être compensées, n'atteignent pas dans leurs expressions verbales les descriptions compliquées et maniérées et les comparaisons, comme dans les cas de schizophrénie avérée et ne présentent, pour la plupart, guère d'obstacle définitif au travail. Dans certains cas, leur manque de stabilité et leur dépendance réactive en imposent comme des symptômes névrosiques et hystériques et les fait longtemps passer pour tels.

Parmi les troubles intellectuels nous avons presque toujours eu affaire, dans les cas qui se sont présentés, à l'affaiblissement de la faculté de concentration de l'attention, la distraction, le ralentissement et la difficulté des processus de perception, qui cependant ne se manifestent pas à un degré tel qu'il pourrait servir d'obstacle au travail intellectuel.

©BIUM

En parlant de symptomes rudimentaires, nous avons en vue les symptômes qui n'ont point atteint leur éclosion et dont le développement semble suspendu au stade précédent (inachevés, à forme imprécise, ou non éclos).

Cet inachèvement les prive parfois de leurs qualités psychosiques, leur donnant le caractère de phénomènes du type névrosique ou psychopathique ou de constitutions singulières autonomes. Leur prédominance dans le tableau de la schizophrénie à évolution lente doit vraisemblablement son origine à la faible intensité du mouvement évolutif du processus, qui fait qu'ils n'atteignent pas de phase plus marquée dans leur développement.

Cet état rudimentaire et inachevé des symptômes schizophréniques apparaît déjà dans les troubles psychosensoriels (hallucinations, altérations de perception) qui, dans les schizophrénies à évolution torpide n'atteignent pas leur plein épanouissement et s'arrêtent aux stades élémentaires : les appels, les sonneries, les bruits, le chant des oiseaux, les ronds, les étoiles, les lignes, les silhouettes ou les ombres imprécises qui surgissent aux côtés, les perceptions illusoires, etc. Cet état apparaît encore plus clairement dans les symptômes à structure et à génèse plus complexes, dont la forme peut être déterminée également par des incidents et des réactions consécutives de la personnalité. A ce genre de symptômes on peut rapporter, par exemple, les phénomènes paranoïdes.

Aux constitutions paranoïdes rudimentaires se rapportent la méfiance exagérée, l'apparition d'une malveillance irraisonnée envers les autres, les antipathies sans cause et la tendance à les attribuer, au contraire, aux autres, en s'attendant à des désagréments ou à une perfidie de leur part, ainsi que d'autres manifestations que nous constatons fréquemment chez ces malades sans qu'elles aillent jusqu'à la formation d'un état paranoïde schizophrénique marqué.

C'est ici aussi que se rapportent les idées peu marquées de relation qui, d'une manière presque compréhensible, semblent être liées au sentiment d'insuffisance, à la psychogénie ou à la situation qui sont difficiles à séparer des manifestations sensitivo-névrosiques ou caractérologiques. Nous observons de pareilles idées rudimentaires de persécution chez le malade C., sous forme de soupçons d'intrigue contre lui et chez les autres malades dans des situations qui, jusqu'à un certain point, les légitiment, sous forme de soupçons instables (on parle d'eux, on les regarde, leur présence est désagréable), provoqués par un pré-

©BIUM

texte comme, par exemple, un léger désordre de toilette, un tremblement des mains, une remarque quelconque, etc.

Un exemple très frappant de formation d'un délire non éclos nous est fourni par l'expérience paranoïde du malade G., chez lequel les éléments qui constituent les critères formels du délire n'ont pas atteint leur épanouissement (faux raisonnement, manque de critique, certitude complète dans le bien-fondé de ses soupçons).

C'est aux symptômes rudimentaires du délire de persécution qu'on doit rapporter également les sensations d'inquiétude que notent quelques malades ; il leur semble que quelqu'un se tient derrière leur dos, les saisit par derrière, les suit, ce qui les oblige à se retourner, ainsi que l'inquiétude imprécise qui s'empare d'eux à la vue de tout venant (« comme si on venait me prendre »). Leur présence dans les tableaux initiaux des paranoïdes plus grossiers les rattache au groupe des formations paranoïdes.

La formation lente et estompée du délire, ainsi que de la partie bénigne de la symptomatologie en général, se trouvent aussi en liaison intime avec la conservation générale de la personnalité. Ainsi, en dehors de la dépendance directe des particularités du processus, la forme que prennent les symptômes se trouve une fois de plus en rapport avec les tendances qui ont leur point de départ dans la personnalité indemne s'efforçant à conserver son unité.

L'influence formatrice et modificatrice de la personnalité indemne sur les symptômes, se traduit dans certains cas par la tendance à objectiver le symptôme, à l'opposer au reste de la personnalité en l'accueillant dans un esprit de critique ; dans d'autres cas, par une lutte active contre eux et, en troisième lieu, par la tendance à les rapprocher de l'orientation générale de la personnalité et de la situation, autrement dit, en entourant le symptôme de rapports et de motifs compréhensibles au point de vue psychologique, ce qui leur communique un caractère extérieur également compréhensible.

Aux particularités symptomatologiques du tableau de la schizophrénie légère se rapporte aussi la fréquence de ce qu'on nomme les manifestations d'ordre névrosique. Dans certains cas, ces phénomènes et ces réactions névrosiques forment pour ainsi dire toute la façade du tableau de la maladie. Ces cas, pour les distinguer de ceux où prédominent les traits psychopathiques, pourraient être conventionnellement désignés comme forme névrosique de la schizophrénie atténuée.

©BIUM

La présence de symptômes et de réactions névrosiques dans le tableau des schizophrénies (surtout initiales) n'est pas en général quelque chose d'exceptionnel et a été signalé par beaucoup d'auteurs par rapport aux réactions hystériques, aux états obsédants et même aux manifestations psychasthéniques.

Sous ce rapport on peut indiquer avant tout la monographie d'Ourstein, dans laquelle il donne une série de cas de catatonie à évolution lente, sous forme de tableaux névrosiques et psychopathiques. Ensuite les travaux de Bounéeff, Ozérétzkovsky, Fink, Mayer, Tiele, Wizel, Minkowski, etc. En outre, ces cas sont considérés, soit comme une manifestation de la prédisposition constitutionnelle du processus (Ozéretzkovsky, Bounéeff), soit comme une réaction de la partie intacte de la personnalité prémorbide à la sensation du processus (Tiele, Fink), soit comme la manifestation du processus lui-même (Ourstein, Bleuler).

Toutes ces questions attendent d'être revues, ainsi que la notion des névroses, en formant un problème d'étude particulier.

Sans donner de solution définitive, en se basant sur les cas qu'on vient de citer, il faut cependant souligner avant tout la nécessité d'une élimination suivie du groupe général des phénomènes qui se rapprochent de la catégorie des phénomènes névrosiques, ceux qui n'ont de commun avec eux que la ressemblance extérieure et qui montrent à l'étude psychopathologique plus approfondie, déjà dès le début, leur nature schizophrénique. C'est pourquoi ils peuvent être désignés sous le nom de phénomènes pseudo-névrosiques. C'est là que nous pouvons rapporter par exemple les automatismes de la pensée, qui simulent les phénomènes obsédants, les états catatonoïdes légers qui simulent les accès hystériques, etc. Le caractère rudimentaire de ces symptômes dans la schizophrénie légère contribue beaucoup à les confondre avec les symptômes névrosiques.

Néanmoins, l'étude phénoménologique statique ne décèle pas toujours la véritable nature du symptôme qui ne se manifeste parfois qu'après une longue étude dynamique. Celle-ci indique dans certains cas ce que la délimitation du névrosique et du psychosique, même dans l'étude phénoménologique attentive, a de conventionnel. Ainsi, dans un de ces cas, les vertiges de la malade, ainsi que ses hallucinations, surgissant sous forme d'épisodes isolés dès l'enfance, ont montré, au commencement, toutes les particularités des réactions psychogènes à teinte affective et liées d'une façon compréhensible à la situation et ce n'est que plus tard, avec le développement de l'affection, qu'ils ont

©BIUM

décelé leur nature processuelle primordiale ; il en est de même pour les idées de relation (persécution) de cette malade qui présentaient tout d'abord le caractère de phénomènes sensitifs liés d'une manière compréhensible à son sentiment d'insuffisance.

Ainsi, la réponse à la question posée plus haut, sur la génèse de la part de névrose dans le tableau de la schizophrénie, ne peut être donnée dans le sens d'une opposition catégorique des points de vue désignés plus haut, ou en faisant abstraction du caractère des symptômes qu'on classe dans la catégorie du névrosique et du caractère du processus même. Si on considère le processus schizophrénique comme une affection profondément endogène, qui se manifeste parfois par une augmentation progressive des particularités psychopathologiques légères marquées dès l'enfance, alors, le point de vue névrosique qui s'impose dans les phases initiales de l'affection, ne peut être évalué autrement que comme se trouvant en rapport intime avec le processus, lequel, dans sa pénétration intime et réciproque de la constitution forme avec elle une seule entité et se manifeste dans les premiers stades par des symptômes déterminés. Séparer ces symptômes du processus, en parlant d'une réalisation de la prédisposition comme de quelque chose d'hétérogène au processus, ou de la réaction de la personnalité intacte à ce processus, serait trop artificiel. En conséquence, il serait plus juste de les envisager comme une manifestation du processus atténué, étant données les conditions constitutionnelles.

Et cependant, ces conditions constitutionnelles ne sont pas simplement le caractère ; elles peuvent consister en des particularités psycho-biologiques spéciales qui détermineront d'avance la disposition à tel ou tel mécanisme.

Ainsi, ce ne sont que ces deux moments qui, dans leur union, réalisent la forme particulière névrosique extérieure de la symptomatologie, l'influence du processus dans le tableau symptomatologique devenant dominante au cours de son développement ultérieur.

Tout ce qui a été dit plus haut ne présente qu'une série de remarques préalables qui n'embrassent pas suffisamment tout le matériel effectif et toutes les questions liées au problème de la schizophrénie atténuée. Son étude ultérieure a pour objet des recherches approfondies sur un matériel plus abondant pris dans l'ensemble des formes légères de la schizophrénie, ainsi qu'une investigation très serrée de certains problèmes psychopathologiques, liés aux particularités de leur symptomatologie.

Il importe d'étudier, au point de vue psychopathologique, non

©BIUM

seulement les particularités et la génèse des symptômes séparés, mais la personnalité entière du malade dans sa synthèse et son développement dynamique, avec toutes ses tendances, orientations et réactions dans toutes ses relations et rapports avec le milieu social. La nécessité d'une telle étude a toujours été soulignée par L. Rosenstein. Elle est importante pour la solution de certains problèmes qui ont une portée socio-pragmatique (l'imputabilité, l'aptitude au travail). Dans ce cas, de même que dans l'étude symptomatologique, le caractère limitrophe des cas de ce genre, entre la psychopathie et la psychose, devient très évident et détermine la méthode d'investigation.

La terminologie psychopathologique et clinique même, qui s'est développée à propos de l'étude des schizophrénies grossièrement psychosiques, doit être mise en doute quand il s'agit de l'appliquer aux schizophrénies frustes, où la limite entre la psychologie (et la caractérologie) et la psychopathologie se réduit à tel point que le choix entre les vocables correspondants devient parfois difficile (comme, par exemple, méfiance ou délire, indécision ou ambivalence, autoanalyse ou dissociation). Selon la remarque de L. Rosenstein, nous n'avons pas encore de concepts nouveaux pour traduire tout ce matériel concret que nous offrent les schizophrénies légères. En conséquence, tout en reconnaissant la valeur des notions et des définitions psychiatriques qui se sont formées historiquement au cours de l'étude des formes psychosiques grossières, il faut néanmoins reconnaître ce qu'elles ont de conventionnel par rapport aux processus atténués et, par conséquent, les revoir et les élargir dans le sens d'un plus grand dynamisme, d'une plus grande souplesse et d'une plus large détermination des qualités essentielles qui sont à la base de chaque notion pour y inclure les symptômes frustes, en escomptant néanmoins la possibilité de leur développement dynamique vers le pôle opposé, l'aggravation.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 14 Novembre 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

et M. Cl. VURPAS, vice-président

Nominations dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

En ouvrant la séance, M. Th. SIMON, *président*, présente les félicitations des membres de la Société à M. Lucien LAGRIFFE, *membre titulaire*, promu *Officier de la Légion d'Honneur*, et à MM. Paul COURBON et Maurice DESRUELLES, *membres titulaires*, récemment nommés *Chevaliers de la Légion d'Honneur*.

PRÉSENTATIONS

Maladie de Pick au début et remarques sur les itérations verbales et graphiques, par M. P. GUIRAUD et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX.

La malade, Mme B., âgée de 59 ans, est entrée à l'Asile, le 30 août 1935.

C'est, il y a trois ans, en juin 1932, que se sont manifestés les premiers troubles : un soir elle est allée trouver son mari à son travail et lui a demandé quels aliments il fallait préparer pour le dîner en disant: « *Je vais acheter de la viande puisque tu n'es pas venu manger*

©BIUM

à midi. » Son mari a été très surpris de cette réflexion, étant venu déjeuner à la maison comme d'habitude.

A partir de ce moment, l'activité et la mémoire diminuent. Plusieurs médecins sont consultés, quelques-uns croient à une paralysie générale sur la foi d'un Wassermann douteux dans le sang ; ils lui font des injections de Stovarsol et de Bivatol.

A son entrée dans le service, Mme B. se présente comme une excitée psychique rappelant les hypomaniaques, elle parle beaucoup, rit, s'irrite facilement, répond avec vivacité au personnel. Fabulation pauvre : elle va s'en aller au Bourget chercher son avion pour se rendre à Lourdes. Elle a appris à conduire les avions pendant la guerre qu'elle a faite dans les tranchées de la forêt de Parroy. Elle a encore un livret militaire et est membre de l'Association des Combattants.

Malgré cette apparence d'excitation, on constate vite un profond affaiblissement intellectuel. La malade est indifférente à sa situation, quoiqu'elle demande souvent à rentrer chez elle. Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur ses antécédents. Sur sa vie passée, sur son âge, sur la date, elle répond simplement : « Je ne m'occupe pas de ça ! ». Les seuls faits qu'elle ait retenus sont sa date de naissance — 1876 —, son adresse à St-Ouen et son lieu de naissance : Dijon. Elle prétend avoir 45 ans.

Après quelques jours d'examen on constate que Mme B., toujours excitée et joviale, répète sans variation les mêmes thèmes.

1° Avant d'être ici, elle habitait avec son mari à St-Ouen, dans une usine de cirage. Elle donnait des paquets aux Transports Rapides.

2° Son mari est venu la voir. Il lui a apporté une cuisse de poulet mais elle ne l'a pas mangée, elle l'a donnée à sa belle-sœur, elle n'avait pas faim.

3° Elle a passé deux mois à l'asile d'aliénés des Chartreux à Dijon. Elle n'est pas restée longtemps, elle a donné un coup de pied à la porte. Elle a tué le Docteur Castin avec son revolver qui est là sous son oreiller (elle a été effectivement conduite par son mari chez le Docteur Castin pour prendre une consultation).

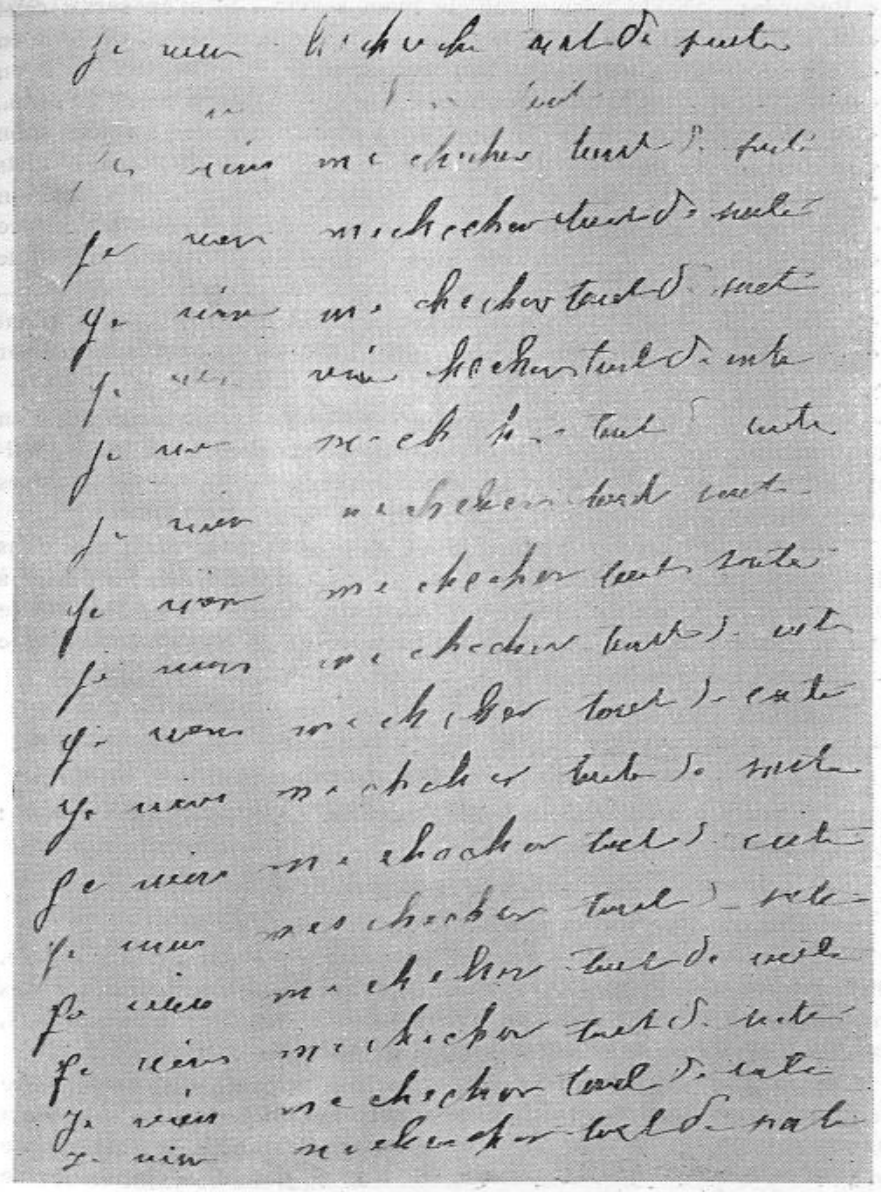
4° Elle a fait toute la guerre. Elle a été soldat avec les chasseurs, elle a tué beaucoup de Boches avec sa mitrailleuse, plus de 2.000, dans la forêt de Parroy.

Toute la vie intellectuelle de cette malade se réduit à l'exposé de ces quatre histoires. Encore faut-il noter qu'au début elle les exposait spontanément et que, maintenant, elle ne les répète que quand elle est sollicitée par des questions. Il faut insister sur l'uniformité presque invariable des termes dans lesquels elle expose sa fabulation.

Un autre symptôme important est la persévération et l'itération idéiques et verbales qui se manifestent dans l'exposé des quatre thèmes résiduels et dans le langage courant. La malade est incapable d'abandonner spontanément son récit terminé. Elle répète indéfiniment et inutilement les idées parcellaires qui le composent. Les itérations

©EHUM

n'ont pas de tendance à l'accélération et à l'aphonie comme dans la palilalie authentique. Voici un exemple sténographié de son langage.



« *Etes-vous allée aux Chartreux ?* — Oh je n'y suis pas restée long-
« temps... c'était une maison de fous... oh rien que des fous... je n'y
« suis pas restée longtemps... je me suis sauvée... rien que des fous...
« une maison de fous.

©BIUM

« *Et le Docteur Castin ?* — Le Docteur Castin, je ne l'aimais pas... « Oh je l'ai tué avec mon revolver.

« *Vous avez un revolver ?* — Ah oui... il est sous mon oreiller... « Regardez... j'ai la permission de m'en servir... je m'en sers... c'est « M. Chiappe qui m'a donné la permission... je m'en sers... Oh je m'en « sers souvent... puisque j'ai la permission de m'en servir... je m'en « sers... c'est M. Chiappe qui me l'a donnée... alors je m'en sers.., « là dessous qu'il est... sous mon oreiller qu'il est... il est sous mon « oreiller... sous mon oreiller qu'il est... sous mon oreiller... je le mets « sous mon traversin... je m'en sers tout le temps... il est sous mon « oreiller... sous mon oreiller qu'il est... je m'en sers toute la journée « de mon revolver... il est sous mon traversin... je m'en sers tout le « temps... j'étais plus adroite avec mon revolver qu'avec un fusil... « j'allais à la chasse avec les Américains... Tiens l'autre jour j'en ai « tué un beau de faisan... je suis plus adroite avec mon revolver « qu'avec un fusil. »

Sans doute l'invariabilité du discours est moindre que celle que l'on observe dans les formules stéréotypées des hébéphréniques ou des délirants chroniques. Elle est néanmoins frappante et porte plus sur les idées que sur les mots.

Les itérations sont bien plus nettes dans le langage écrit que dans le langage parlé. La malade ne demande pas spontanément à écrire à son mari ; et si on l'y incite elle écrit des lettres composées d'une courte phrase indéfiniment répétée. L'adresse est également répétée cinq fois.

Exemple : Je suis très pressée...
J'arrive le 12 avril...
Je suis chauffeur de M. le Docteur,

mais dans cette dernière lettre, à la deuxième page, l'itération devient : je suis chauffeur du chauffeur :

puis « je suis la champagne du suis chauffeur du Monsieur ».

Ces itérations persistent pendant trois ou quatre pages.

Mme B. continue d'être excitée et euphorique depuis son entrée. Elle rit souvent et très fort. Mais déjà nous pouvons constater des modifications dans le rire qui commence à devenir inharmonieux, bruyant, prolongé, avec une mimique déjà exagérée et persistante.

L'examen le plus minutieux ne permet pas de mettre en évidence le moindre symptôme d'ordre aphaso-agnoso-apraxique, en ce sens qu'à aucun moment, le langage, la reconnaissance des objets, les actions ne sont plus touchés que la pensée. Il n'y a pas dissociation entre le langage et la pensée. Les objets courants sont identifiés et nommés immédiatement. Les actes usuels sont accomplis sans aucune hésitation et sans aucune imperfection. Le langage courant est parfaitement compris. L'épreuve des phrases absurdes est effectuée sans erreur.

©BIUM

Au point de vue physique, il faut noter un léger tremblement de la langue et des doigts, de la vivacité des réflexes tendineux, l'absence d'atteinte de la voie pyramidale, pas de clonus du pied, pas de signe de Babinski. Toutes les sensibilités sont normales. Aucun nerf cranien n'est atteint. Les pupilles sont égales et réagissent paresseusement à la lumière et à l'accommodation. La malade est gâteuse par indifférence, elle urine dans son lit simplement parce qu'elle ne prend pas l'initiative de se lever. On est obligé de la conduire au W.-C. à intervalles fixes.

La ponction lombaire a donné les résultats suivants : albumine : 0,40. Globulines : Pandy ±, Weichbrodt : 0, Leucocytes : 0,8, benjoin : 00000-00111-00000. Meinicke et Wassermann : négatifs. Sang : Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke : négatifs.

Nous n'attachons pas d'importance à un Wassermann du sang, qui a été pratiqué avant l'entrée de la malade et qui a donné un résultat douteux ou subpositif.

Dans les antécédents héréditaires il faut signaler que sa mère a été malade mentalement pendant quatre ou cinq ans à l'époque de la ménopause : elle restait couchée, inactive, se plaignant de surdité et de bourdonnements dans les oreilles.

Devant un pareil tableau clinique, le diagnostic est assez délicat. On a pensé à une paralysie générale atypique avec réactions humorales négatives. Mais l'aspect clinique est vraiment trop différent de celui de la paralysie générale pour qu'on puisse s'y arrêter sans l'appui d'une ponction lombaire positive. Nous-mêmes, au premier jour, avons fait l'hypothèse d'une psychose maniaque dépressive à forme mixte avec euphorie et inhibition accentuée, mais rapidement nous avons abandonné ce point de vue à cause des particularités qu'on n'observe pas dans la manie improductive (fixation invariable des thèmes. Itérations. Amnésie profonde.) Il faut évidemment placer cette malade dans le groupe des affections préséniles. Nous ne nous arrêterons pas à certaines formes où on constate bien la répétition invariable des mêmes thèmes mais avec état mélancolique (mélancolie présénile de Medvow). La démence sénile banale débute beaucoup plus tard, comporte parfois la répétition des mêmes thèmes sous forme de radotage, mais ne présente pas, dès le début, une indifférence si profonde, un désintérêt si total et surtout des itérations et de la paligraphie. L'absence de signes neurologiques et d'ictus éliminent les lésions en foyer.

Nous pensons qu'il s'agit d'une maladie de Pick au début et notre conviction est surtout basée sur la similitude absolue des

©BIUM

symptômes présentés par notre malade et d'une observation de maladie de Pick que nous avons déjà publiée et vérifiée à l'autopsie (1).

Dans ce dernier cas, dont les symptômes particuliers nous avaient frappés, nous n'avions pas fait du vivant du malade le diagnostic de maladie de Pick ; à l'autopsie, nous avons été surpris de trouver une atrophie localisée fronto-temporale typique. La discordance entre nos constatations cliniques et la description classique de la maladie de Pick nous a fait conseiller à Caron de reprendre l'étude clinique de cette affection en insistant particulièrement sur le début et en précisant le rôle des phénomènes aphaso-agnoso-apraxiques qui à notre avis a été exagéré.

Chez notre malade V., nous avions précisément éliminé le diagnostic de maladie de Pick à cause de l'absence de phénomènes aphasiques. Or, la revue générale de Caron a montré que l'aphasie authentique manque souvent au début de la maladie et même que dans certaines formes qui ne sont pas rares elle n'intervient jamais. De même, Schneider (2) distingue cinq formes cliniques, dont une seulement est aphasique et l'autre présente le tableau d'une apraxie asymbolique.

Les quatre cas que nous avons observés nous paraissent tous se rapprocher de sa première forme, « états impulsifs niais, moriatiques ». D'après nos constatations il faut mettre en relief comme symptômes caractéristiques d'une forme clinique fréquente :

1° L'indifférence avec subexcitation euphorique et vie dans un présent perpétuel.

2° L'inertie mentale avec profonde amnésie.

3° La diminution rapide et extrême du stock des idées avec persistance de quelques thèmes invariables, habituellement fabulés.

4° L'apparition rapide des itérations, de la paligraphie, de l'écholalie involuant plus tard vers le mutisme.

5° Les troubles de la mimique (rire forcé) involuant plus tard vers l'amimie.

(1) P. Guiraud et Y. Le Cannu. — Syndrome démentiel présénile avec atteinte du liquide céphalo-rachidien. *Ann. Méd.-Psych.*, 1930, I, p. 242.
P. Guiraud et M. Caron. — Syndrome démentiel présénile avec écholalie. *Ann. Méd.-Psych.*, 1931, I, p. 160.
(2) C. Schneider. — Nouvelle contribution à l'étude de la maladie de Pick. *Zeits. f. die Ges. Neur. u. Psych.*, CXX, 1929, p. 340.

©BIUM

Nous rappelons qu'en 1921, Anglade (1), rapportant une observation de maladie de Pick typique au point de vue anatomique, avait déjà insisté au point de vue clinique sur la diminution du stock des idées, réduite à deux dans son cas, l'amnésie et l'inactivité par démence.

L'importance de l'itération orale ou graphique et de l'écholalie mérite quelques réflexions. Certains auteurs, Sterling en particulier et aussi Caron, tendent à considérer ces phénomènes comme des corollaires du vide mental et à les assimiler en quelque sorte à la persévération, d'observation fréquente dans la démence sénile banale. Stertz va même jusqu'à considérer les répétitions comme une traduction de la perplexité fondamentale du malade !

Nous estimons au contraire que l'itération est un phénomène positif et primitif. Les états démentiels terminaux de la paralysie générale et de la sénilité, bien plus profonde que la démence de la maladie de Pick, au moment où commencent les itérations, ne comportent pas dans la règle de phénomènes de répétition, preuve péremptoire que la démence ou le vide mental ne suffisent pas pour créer l'itération. La répétition verbale traduit-elle simplement, comme le soutient Caron, au moyen des signes finis et discontinus du langage la continuité d'un état psychique inchangé ? Nous avons nous-mêmes insisté sur ces répétitions de formules dans les états mélancoliques ou dans les grandes émotions, mais nous croyons qu'elles se distinguent des itérations véritables par plusieurs caractères.

1° Dans l'itération véritable, comme nous l'observons par exemple chez la malade présentée aujourd'hui, les répétitions portent indifféremment sur des phrases entières ou sur des mots isolés. Dans le premier cas, l'idée est exprimée un certain nombre de fois d'une façon complète et intelligible. Par exemple : « J'arrive le 12 avril » ; on pourrait croire que la permanence de l'idée est la cause de la répétition ; mais quand la malade commence par écrire : « Qu'elle vienne me chercher tout de suite, je suis très pressée », et quand elle continue d'écrire pendant quatre ou cinq pages en modifiant la phrase initiale « je viens chercher aujourd'hui bien chercher ayant bien bien bien chercher... » ou « je viens chercher, je viens bien chercher je suis chercher je viens bien chercher » les répétitions de mots isolés non seulement n'expriment pas la pensée

(1) Anglade. — Les territoires intellectuels du cerveau. *Encéphale*, 1921, p. 423.

©BIUM

mais l'entravent et la suppriment ; comme dans la palilalie il y a tendance à la déformation et à la simplification des mots écrits jusqu'à transformer le graphisme en un gribouillage sans signification. Dans ces cas, c'est bien la tendance itérative primitive qui est la cause de la permanence de la pensée et non l'inverse.

2° De même que la palilalie, la paligraphie est souvent rythmée, chose qu'on n'observe pas dans les répétitions au cours des états affectifs permanents dans lesquels les intervalles entre les répétitions sont très variables. La pensée de notre malade est presque toujours limitée par la longueur de la ligne, les lignes suivantes sont la répétition de la ligne initiale. Si la pensée élémentaire est limitée par une ligne, l'ensemble des répétitions est d'ordinaire limité nettement par les pages (une, deux ou trois pages). La malade s'arrête d'écrire non pas quand sa pensée cesse de se prolonger mais quand le papier manque.

L'itération admise comme phénomène primitif, reste à savoir si elle porte sur les idées ou sur les mots. Gabrielle Lévy, à la suite de ses intéressants travaux sur la palilalie dans l'encéphalite, les lésions en foyer et l'épilepsie, arrivait à admettre que l'itération peut atteindre les deux éléments et qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les deux cas.

Nous sommes également de cet avis, nous croyons que souvent, surtout au début, dans la maladie de Pick, l'itération est idéatoire, alors que dans l'encéphalite elle est plus particulièrement articulo-motrice, mais à mesure que la maladie de Pick évolue l'itération frappe rapidement les mots articulés ou écrits. Dans notre exemple actuel l'itération prédomine de beaucoup dans l'écriture et comporte de très nombreuses répétitions de mots.

Sans vouloir insister sur un parallèle avec ce qu'on appelle les stéréotypies verbales de la démence précoce, nous signalerons que dans cette dernière affection on observe également des paligraphies littérales et verbales indiscutables, dont nous présentons un exemple à la Société. On y constate des répétitions tantôt de lettres, tantôt de mots, tantôt de phrases entières. A ne considérer que les écrits des malades, il n'est pas possible d'affirmer si le spécimen produit appartient à un hébéphréno-catatonique ou à une maladie de Pick. Cette identité met en relief une fois de plus que beaucoup de symptômes observés dans l'hébéphréno-catatonie se retrouvent dans des maladies cérébrales grossièrement organiques.

©BIUM

M. Caron. — Il faut distinguer deux espèces d'itération: l'une de nature psychologique caractérisée uniquement par la stagnation de l'idée, et dans laquelle l'expression de l'idée ne s'accompagne d'aucun phénomène spasmodique (pas de langage haché et de plus en plus précipité), l'autre de nature neurologique dans laquelle ces phénomènes moteurs scandent l'expression verbale de l'idée. Ces phénomènes moteurs de l'itération neurologique sont plus manifestes dans l'écriture que dans la parole. Ils consistent dans la répétition de lettres, ou de traits dépourvus par eux-mêmes de signification.

La malade qu'on vient de présenter est un type de palilalie neurologique. Mais dans certains syndromes de Pick la palilalie est psychologique.

M. H. Baruk. — J'ai observé à Charenton un malade dont le tableau clinique était identiquement le même que celui de la malade présentée, avec itérations verbales et motrices (il serrait indéfiniment la main en disant bonjour), sans aphasie ni apraxie, ni agnoscie. Or la radiographie montrait un épaississement considérable des deux os frontaux, et si l'examen biologique était négatif, au moment où je le fis, on avait fait jadis une ponction lombaire dont le liquide avait donné une réaction de Bordet-Wassermann positive. On pouvait donc admettre que le syndrome de Pick avait pour cause dans ce cas une hypertrophie osseuse spécifique déterminant une compression des deux lobes frontaux.

Essai de traitement de l'épilepsie par les injections intra-rachidiennes d'air, par MM. H. Claude et P. Sivadon.

Depuis plus d'un an, nous poursuivons dans le Service de la Clinique de la Faculté une série de tentatives thérapeutiques en utilisant l'insufflation des ventricules cérébraux par l'air ou par l'émanation de radium.

Nous avons ainsi pratiqué, jusqu'à ce jour, dans les cas les plus variés, plus de 80 insufflations.

Les résultats obtenus, bien que fréquemment encourageants, sont trop disparates et en nombre trop restreint pour que nous puissions en tirer actuellement des conclusions d'ensemble.

Nous voulons, aujourd'hui, nous contenter de vous présenter deux observations d'épilepsie dite « essentielle », dans lesquelles cette méthode thérapeutique s'est montrée nettement efficace.

©BIUM

La *technique* employée est la même que celle recommandée par Laruelle pour les ventriculographies après insufflation par voie lombaire.

Le malade étant assis, la tête légèrement fléchie de manière à atténuer la courbure cervicale, on pratique une ponction lombaire.

On adapte à l'aiguille un manomètre anéroïde muni d'un robinet à trois voies et on mesure la pression initiale.

On laisse doucement s'écouler 15 cc. de liquide céphalo-rachidien, puis on injecte, à l'aide d'une seringue stérilisée à sec et sous le contrôle manométrique, 12 cc. d'air. L'injection doit être poussée d'un mouvement régulier. Sa rapidité doit se régler sur l'aiguille du manomètre qui ne doit jamais dépasser le chiffre de la pression initiale.

La pression terminale est toujours notablement inférieure à cette dernière.

L'aiguille étant retirée, le malade reste immobile en position assise pendant 10 minutes environ. Ce délai est suffisant, ainsi que nous l'avons vérifié par de nombreux examens radiographiques, pour permettre à l'air de gagner les ventricules, ou, exceptionnellement, les espaces périencéphaliques.

Les malaises ressentis par les malades sont habituellement des plus minimes et presque toujours moins importants que ceux qui suivent une simple ponction lombaire. La chute de pression rachidienne ainsi provoquée est en effet très limitée du fait de l'injection d'air.

Chez deux malades cependant, nous avons observé, le lendemain de l'insufflation, une très légère réaction méningée, avec un crochet fébrile à 38°, un peu de raideur de la nuque et une céphalée intense. Ces phénomènes ont rétrocédé en moins de 48 heures et nous n'avons jamais eu à déplorer d'incident plus grave.

Le nombre et la fréquence des insufflations sont extrêmement variables.

Si parfois une seule insufflation peut entraîner une amélioration notable, une des malades que nous vous présentons a dû en subir 29 avant que la suppression des crises n'ait été obtenue.

Voici le bref résumé de son observation :

B... Marcelle, 25 ans, est entrée dans le service de la Clinique le 6 mars 1929. C'est une débile mentale, orpheline, sur les antécédents de laquelle nous n'avons pu obtenir de renseignements précis.

©BIUM

Depuis l'âge de 16 ans, elle présentait des crises épileptiques se répétant suivant un rythme assez uniforme de 5 à 6 par mois au minimum, dont 3 ou 4 groupées à la période menstruelle, ceci malgré un traitement régulier au gardénal (de 0 gr. 10 à 0 gr. 30 par jour).

Ces crises présentaient tous les caractères classiques. De plus, elle avait de nombreux équivalents, sous forme de vertiges et d'absences.

Enfin, c'est pour des troubles marqués du caractère et du comportement qu'elle avait été internée.

Une obésité marquée, une oligoménorrhée, ainsi que la prédominance des crises autour de la période menstruelle, avaient paru légitimer des traitements endocriniens. Plusieurs furent tentés sans aucun succès.

Le 29 août 1934, après avoir supprimé le gardénal, les insufflations ventriculaires furent entreprises. La cessation brusque du gardénal entraîna une passagère recrudescence des crises. Puis, ces dernières s'espacèrent progressivement. L'état mental s'améliora considérablement. La notable obnubilation psychique due à l'absorption du gardénal s'atténua. Les troubles du caractère s'amendèrent.

Pendant un an, vingt-neuf insufflations furent pratiquées. Toute autre médication fut suspendue. Depuis le 4 août dernier, aucune crise n'est survenue. Il ne persiste plus actuellement que quelques rares équivalents consistant en un brusque dérobement des jambes et des myoclonies siégeant principalement au niveau des membres supérieurs.

Voici l'observation résumée de notre second malade :

G... Rémy, 19 ans, est entré dans le service le 17 novembre 1934. C'est un hérédo-alcoolique, porteur de nombreux stigmates dystrophiques, débile mental.

A l'âge de huit ans, il aurait présenté un épisode confusionnel ayant duré 48 heures, étiqueté « méningite ».

Depuis ce moment, il a des crises convulsives comitiales typiques, d'abord espacées, et qui se sont répétées, depuis l'âge de 11 ans, avec une fréquence de plus en plus marquée (de 4 à 5 par mois, malgré le traitement barbiturique).

Depuis l'âge de seize ans environ, les crises convulsives étaient suivies d'un état crépusculaire prolongé et parfois même d'un véritable état confusionnel. Pendant les quelques jours qui suivaient la crise, il présentait des idées délirantes de persécution et d'empoisonnement avec de courtes phases d'anxiété.

Le 30 novembre 1934, une première insufflation est pratiquée. Elle est suivie, le lendemain, d'une légère réaction méningée.

Le gardénal (dont il prenait 0 gr. 20 quotidiennement) est ramené à 0 gr. 10, puis supprimé progressivement en diminuant de deux centigrammes par jour.

Cependant, alors qu'à son entrée, il avait en moyenne, chaque

©BIUM

semaine, une crise avec accidents confusionnels et délirants, il n'a présenté, en décembre et en janvier, que deux crises sans urination ni morsure et avec retour presque immédiat à la lucidité sans délire.

Le 2 février 1935, puis le 26 mars 1935, de nouvelles insufflations sont faites. Elles sont suivies à nouveau de réactions méningées fugaces.

Mais aucune nouvelle crise ne se produit avant la première quinzaine d'avril, où, à deux reprises, à huit jours d'intervalle, il a un accident convulsif nocturne de courte durée, sans urination ni morsure. Au réveil, le malade ne ressent aucun malaise.

Le 22 avril, on pratique une quatrième insufflation qui est encore suivie de méningisme.

Le 15 mai, il présente une dernière crise de brève durée.

Les phénomènes mentaux ont complètement disparu. Le caractère, qui était violent et impulsif, s'est amélioré, et, sur la demande de sa famille, il sort en liberté le 17 juin 1935.

Nous avons pu, il y a quelques jours (le 11 novembre dernier), avoir par sa mère des renseignements sur son état depuis sa sortie.

Il n'a plus présenté le moindre accident comitial jusqu'à la fin du mois de septembre, époque à laquelle il aurait présenté, à la suite d'une réprimande, une « crise de nerfs » de brève durée, dont la nature comitiale n'est pas certaine.

Depuis le mois d'octobre, sa mère est sans nouvelles de lui. Il est actuellement à la campagne où il travaille comme ouvrier agricole.

Des faits analogues ont déjà été rapportés par divers auteurs (Paulian et ses collaborateurs, Delagenière, qui signale les bons effets de cette méthode dans l'état de mal, etc...). Les neurochirurgiens ont également noté l'action bienfaisante des ventriculographies faites en vue du diagnostic.

Mais, si d'intéressants succès ont été enregistrés, il y a aussi de nombreux échecs. Peut-être l'inconstance de l'action de cette méthode vient-elle de ce que les cas que nous groupons sous le vocable d'épilepsie essentielle ressortissent à des étiologies très diverses.

Il nous a semblé que les cas qui réagissaient le plus favorablement à cette thérapeutique étaient ceux dans lesquels la tension rachidienne initiale était la plus élevée (50 à 60 en position assise). Les injections répétées ont toujours, dans ces cas, amené une baisse durable de la tension.

Un des intérêts de cette méthode, en dehors de son innocuité, réside dans le fait qu'elle permet de pratiquer des ventriculographies en série et de dépister ainsi une tumeur cérébrale éventuelle.

©BIUM

Nous manquons encore d'un recul suffisant pour apprécier la valeur des résultats obtenus.

Nous n'avons traité ainsi que des malades pour lesquels les thérapeutiques classiques s'étaient montrées impuissantes.

Il nous paraît que, dans ces cas au moins, cette méthode mérite d'être employée.

Pour garder à nos tentatives une valeur expérimentale, nous avons suspendu toute autre médication. Peut-être pourrait-on espérer obtenir, par la combinaison des thérapeutiques chimiques et des insufflations ventriculaires, des résultats que les unes ou les autres, employées isolément, n'avaient pu atteindre.

C'est dans ce sens que nous poursuivons actuellement nos essais.

M. MARCHAND. — Toute nouvelle tentative thérapeutique concernant l'épilepsie doit être prise en considération. Il y a environ 20 0/0 d'épileptiques chez lesquels les médicaments classiques tels que le gardénal, le belladénal, les bromures et le tartrate borico-potassique ont peu d'action. Plusieurs auteurs ayant remarqué qu'après l'injection d'air dans les ventricules latéraux et les espaces sous-arachnoïdiens pratiquée en vue d'un diagnostic anatomique, on pouvait noter une diminution et même une suspension des accès (Smellie), cette méthode a fait l'objet de recherches qui jusqu'alors m'ont paru peu encourageantes. Les uns ont insufflé l'air directement dans le ventricule par la voie cérébrale ; ce procédé a été utilisé par Frisch dans l'épilepsie infantile ; d'autres ont eu recours à la voie sous-occipitale (Cahane), certains à la voie lombaire (Rizzati et Levi), d'autres à la voie lombaire et à la voie sous-occipitale (Stander). Dans une récente communication, Marinesco et Keindler ont noté, après l'insufflation d'air de 10 cc. par voie lombaire, un méningisme intense, une température élevée, un liquide céphalo-rachidien louche mais stérile contenant jusqu'à 4.000 éléments par mill. cube, accidents qui disparaissaient toutefois très rapidement, en quelques jours. Les premiers résultats exposés par MM. le Professeur Claude et Sivadon doivent retenir particulièrement notre attention, car ils nous les présentent comme plutôt favorables. Cependant le seul cas représenté ici par un graphique nous permet de constater qu'il ne s'agit que d'une amélioration puisque la malade continue à avoir des vertiges et des absences. Peut-être pour obtenir un résultat encore meilleur pourrait-on insuffler d'autres gaz moins irritants que l'air. La difficulté sera toujours de pouvoir

©BIUM

appliquer ce traitement dans les consultations externes et dans la clientèle de ville, mais je connais des épileptiques qui sont tellement impressionnés par leurs crises qu'ils n'hésiteraient pas à se soumettre périodiquement à une insufflation d'air par voie lombaire s'ils étaient assurés de ne plus avoir d'accidents. Comme vient de nous le dire M. Sivadon, il ne s'agit encore actuellement que d'un essai thérapeutique et il faut attendre les résultats futurs pour établir si cette méthode doit entrer dans la pratique.

M. CANTACUZÈNE. — Depuis 2 ans, dans le service de M. Paulian, on pratique cette méthode. 100 malades y ont été soumis sans aucun accident digne d'être signalé. 20 de ces malades ont été suivis pendant de nombreux mois. Parmi eux, 14 furent améliorés, et chez 6, les crises ont complètement disparu.

M. LAGACHE. — A la consultation neuro-psychiatrique du service d'enfants de M. Lesné on pratique cette thérapeutique sur les enfants épileptiques que les parents amènent et remmènent aussitôt après l'injection d'air. Jamais on n'a noté d'accident grave. Et je puis citer un sujet qui ayant préalablement une cinquantaine d'absences par jour a été énormément amélioré, sans adjonction de gardénal.

M. SIVADON. — Nous ne rapportons que 2 cas aujourd'hui. Nous nous réservons de fournir un travail d'ensemble plus tard. Les réactions méningées minimes (2 ou 4 éléments par mm^3) sont de règle après toute ponction lombaire. C'est ce que nous avons constaté après les injections d'air. Ce que M. Cantacuzène a rapporté démontre que cette thérapeutique n'a rien de dangereux.

Syndrome basedowien. Délire systématisé de persécution remontant à 5 ans. Rectification complète du délire à la suite de pyrétothérapie à l'huile soufrée (présentation de malade), par MM. H. CLAUDE et P. RUBENOVITCH.

Les essais de traitement par pyrétothérapie à l'huile soufrée associée aux sels d'or, ont été surtout pratiqués jusqu'à présent dans les syndromes plus ou moins aigus qu'on peut rattacher à la notion de démence précoce — et c'est plutôt — sem-

©BIUM

ble-t-il, dans les formes de début, alors qu'on n'est pas encore en présence d'une psychose nettement caractérisée qu'ils ont paru donner le plus de résultats.

Nous avons eu l'idée d'employer le même traitement dans un cas de psychose paraissant bien établie, évoluant d'une façon progressive depuis 5 ans au moins, sans élément confusionnel ni atteinte du fonds mental, chez une malade présentant également un syndrome basedowien discret, mais nettement constaté.

Il apparaîtra peut-être osé d'avoir tenté une thérapeutique qui, *à priori,* pouvait sembler contre-indiquée. Mais nous sommes partis de l'hypothèse concernant les relations entrevues par certains auteurs entre la tuberculose et l'hyperthyroïdie, et, d'autre part, l'action possible de ce traitement sur le facteur tuberculeux peut être à l'origine de nombreuses psychoses.

En dehors du résultat, nous n'avons certes pas d'éléments qui nous permettent d'affirmer que l'évolution favorable obtenue par le traitement confirme notre hypothèse. Il nous a cependant paru intéressant de vous communiquer cette observation :

Observation : Suzanne H..., âgée de 49 ans, couturière, est internée le 10 juillet 1935 à la Clinique venant de l'Infirmerie spéciale avec le certificat suivant : « Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides prédominantes. Depuis cinq ans la police la poursuit ; on veut la forcer à se marier avec un individu louche ; un inspecteur la surveille sans cesse, la fait insulter par les passants ; allusions, sous-entendus, conseils. Automatisme mental certain mais fruste ; hallucinations auditives; insultes quand elle est seule dans sa chambre. Echo des actes. Voix douce qui parle des faits passés, intimes. Délire organisé sur un thème de mariage : l'homme qu'elle a repoussé l'a déshonorée pour la contraindre.

S'est adressée spontanément à un agent dans la rue pour se plaindre d'avoir reçu de l'eau d'un store.

Pas de signes neurologiques, sauf léger tremblement digital. Médiocre état général : maigreur et pâleur.

Début des troubles psychiques il y a 6 ans (Heuyer). »

Nous étions en présence d'une femme présentant un léger état d'excitation psycho-motrice, avec mimique excessive, gesticulation, logorrhée, digressions continuelles et difficulté à évoquer les faits selon l'ordre chronologique. Par ailleurs, bien orientée, lucide, répondant docilement, elle reconnaissait qu'étant sous-alimentée depuis quelque temps, elle avait besoin de repos. On notait également un certain degré d'anxiété.

©BIUM

Voici son histoire, brièvement résumée, à l'aide des renseignements obtenus d'elle-même et de sa sœur :

Curriculum vitæ. — Enfance normale, scolarité jusqu'à 14 ans. Susceptible et jalouse, avait cependant un caractère enjoué. A deux reprises, rupture de projets de mariage attribuée à son caractère un peu difficile. De père inconnu, a vécu avec sa mère remariée avec un médecin. A soigné sa mère, atteinte de tuberculose pulmonaire, avec beaucoup de dévouement. A 27 ans, perd sa mère, et vit seule avec son beau-père avec qui elle s'entendait bien.

Sa sœur trouve qu'elle a été tout à fait normale jusqu'en 1920. A cette époque, condamnation du beau-père pour prescriptions abusives de stupéfiants, puis pour prescriptions abusives à des mutilés ayant droit aux soins gratuits. Pendant queques semaines, la malade paraît alors inquiète, méfiante, déclarant qu'on la suivait, qu'on l'observait, que l'on comptait ce qu'elle dépensait. Assez rapidement, ces idées s'évanouissent et la malade redevient normale.

Puis son beau-père devient paralysé. Elle le soigne avec beaucoup de dévouement en dépensant peu à peu toutes ses ressources. Il y a cinq ou six ans, elle paraît surexcitée, inquiète, à la fois volubile et se livrant peu. Il y a trois ans son beau-père meurt. Elle vit seule, travaillant toujours comme couturière. Depuis deux ans en chômage, s'alimente irrégulièrement.

Début des troubles actuels. — Elle-même nous raconte ce qui suit : Il y a cinq ans, elle fait la rencontre, chez un marchand de vins, d'un individu qui lui fait un compliment. Elle lui tourne le dos. Vexé, il se montre grossier. Elle le revoit encore deux ou trois fois dans les mêmes conditions. Elle comprend alors qu'il veut l'épouser. Il ne le lui dit pas, mais elle en est sûre, il le fait comprendre à tout son entourage et ses amis font des allusions continuelles au sentiment que cet individu, qu'elle ne veut pas épouser, éprouve pour elle. A plusieurs reprises, des amis en visite lui apportent des fleurs, ou des bonbons. En réalité, ce sont des cadeaux envoyés par l'individu.

Quelques mois après elle va chez un dentiste pour se faire soigner. Ce dernier se montre très entreprenant avec elle. Cela lui plaît. Elle retourne chez lui avec plaisir. Il lui donne rendez-vous à des heures commodes pour ne pas faire trop attendre les autres clients. Elle trouve aussi à sa complaisance quelque avantage, car il ne lui fait pas payer ses soins.

Mais, bien que personne n'en ait parlé, cette idylle s'est ébruitée dans le quartier. En particulier, l'individu rencontré au café l'a apprise également. Il poursuit la malade de plus belle — sans se montrer. Elle se rend compte qu'il a parlé d'elle à tout le monde. Jaloux du dentiste, d'une part, il continue à lui envoyer de temps en temps des bonbons et des fleurs par des amis qui feignent de tout ignorer ; d'autre part, il la « publie », c'est-à-dire qu'il salit sa réputation dans

©BIUM

tout le quartier. Il s'arrange également pour mettre au courant toute la corporation des dentistes.

Elle était tenue au courant de tous ces faits par les *allusions* des gens. Quelque temps après, elle comprend que l'individu du café, ou sa famille, habite le logement contigu au sien. La nuit, elle l'entend ouvrir son robinet pour l'obliger à penser à lui. Il lui parle à travers les murs, il est grossier. Il lui dit des phrases de ce genre : « Qu'elle se fasse remplir, je la prendrai après... »

Tous ses voisins, au courant, l'épient. Elle entend des voix d'hommes ou de femmes énoncer ou commenter tout ce qu'elle fait : « Elle se met de la poudre, elle n'est pas mieux pour ça. » Chez les commerçants, on lui disait de petits mots pleins de sous-entendus, des phrases à double sens se rapportant à ses démêlés avec son persécuteur.

Les derniers temps, elle s'est rendu compte qu'elle était suivie. C'est sans doute la police qui s'en est mêlée et qui la fait surveiller. Enfin, l'autre jour, elle passe sous un store de magasin. Il avait plu. Brusquement elle est aspergée d'eau. Persuadée que le store avait été secoué par son ennemi, elle va se plaindre au commissariat de police qui l'envoie à l'Infirmerie spéciale.

Examen somatique : Pâleur. Maigreur. Mauvais état général.

Cœur, foie : normaux.

Poumons : légère rudesse respiratoire des sommets.

Syndrome hyperthyroïdien : tremblement digital ; instabilité linguale ; exophtalmie ; pouls : 120 ; corps thyroïde légèrement étalé.

Tension artérielle (Pachon) = 8 — 12.

Réflexes pupillaires : normaux.

Réflexes tendineux : très vifs.

Règles plus abondantes depuis 2 ou 3 ans, régulières.

Examen du liquide céphalo-rachidien et du sang : négatifs.

La radio des poumons montre une légère opacité des sommets.

Antécédents : Au point de vue personnel, rien de particulier.

Au point de vue héréditaire : mère morte de tuberculose pulmonaire. Soignée jusqu'à la fin par la malade.

En résumé : Délire de persécution systématisé, avec désignation du persécuteur, évoluant depuis cinq ans. Apparition depuis deux ou trois ans de phénomènes psycho-sensoriels. Excitation psycho-motrice probablement en rapport avec un syndrome hyperthyroïdien. Subanxiété. Hérédité tuberculeuse.

Evolution : L'anxiété tomba assez rapidement sans aucune médication. La malade l'attribua elle-même à l'impression d'épouvante qu'elle ressentit à l'Infirmerie spéciale.

Les hallucinations ou pseudo-hallucinations disparurent à son entrée dans le service. Il subsistait une croyance absolue en la réalité objective de ces phénomènes psycho-sensoriels, ainsi que la conviction d'avoir été victime de la jalousie de son persécuteur.

©BIUM

Le 22 juillet, l'anxiété paraissant complètement disparue, on fait un *métabolisme basal* qui est augmenté de 19 0/0.

Malgré le mauvais état général de la malade et l'augmentation du métabolisme basal, on décide de la soumettre à la sulfo-chryso-thérapie. Elle subit le traitement habituel, c'est-à-dire une série de 10 injections de sulfosine à doses croissantes et de 24 injections de sels d'or (traitement commencé le 12 août).

Les réactions thermiques furent assez fortes (dépassant plusieurs fois 40°).

Les réactions locales furent également très marquées.

Les réactions de Vernhes (Résorcine) se maintinrent entre 70 et 96 après chaque poussée thermique.

Le traitement paraît la fatiguer beaucoup, et assez vite l'excitation du début fait place à un abattement d'ailleurs assez fréquemment observé au cours de la pyrétothérapie.

A la période des dernières injections de sulfosine, la malade a des crises de larmes subites, disant : « J'ai dû être bête, je suis plus bête que méchante. »

Vers le milieu de septembre, la malade réduit nettement une grande partie de son délire : « Je me suis fait des idées. »

Cependant elle reste convaincue de la réalité des phrases commentant ou énonçant ses actes. Quelques jours après, elle admet que ces paroles ne la concernaient pas « Je conviens de mon tort. » Elle reconnaît qu'elle n'avait aucune raison de croire que ses voisins étaient parents de l'individu rencontré au café : « Je m'étais fait une idée, alors je croyais que ça s'adressait à moi. J'ai supposé qu'il était là, mais jamais je n'ai vu cet homme-là entrer dans ma maison. Par conséquent c'était bien une idée de ma part. » Peu à peu, elle argumente tous les éléments de sa conviction et en démontre elle-même l'inanité. « Etais-je bête ? J'aurais bien fini par m'imaginer que la police n'avait que ça à faire, à s'occuper de moi. Quand mes voisins parlaient, je m'imaginais qu'ils parlaient de moi, je me faisais des idées sur leurs phrases. » Elle se déclare satisfaite du traitement. Au début d'octobre, elle dit : « Si on ne m'avait pas hospitalisée, j'aurais pu devenir folle. »

Depuis ce moment la rectification du délire est complète. Le comportement de la malade est absolument normal. L'excitation psychique a diminué dans de notables proportions. Elle subsiste cependant jusqu'à un certain point, révélée par une certaine volubilité avec un débit un peu précipité.

Au point de vue physique : L'état général s'est amélioré. Malgré le traitement, la malade a repris du poids (1 kilogramme). La tachycardie a tendance à diminuer. De 120 pulsations à l'entrée, elle est passée à un chiffre oscillant entre 90 et 100. Le tremblement digital a disparu. L'exophtalmie est à peine marquée. Le métabolisme basal, fait

©BIUM

le 5 octobre, reste augmenté de 17 0/0 (Il était augmenté de 19 0/0 à l'entrée). La cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction, pratiquées le 12 novembre, montrent qu'il n'existe aucune hyperergie.

Actuellement, la sortie de la malade est envisagée.

Commentaires. — Il s'agit en somme d'un syndrome très banal au point de vue mental, d'un délire de persécution systématisé basé sur des interprétations, évoluant progressivement depuis 5 ans, chez une malade ayant déjà présenté épisodiquement, 10 ans auparavant, quelques tendances du même ordre Au cours de cette évolution étaient apparus des phénomènes psycho-sensoriels qui paraissent plutôt devoir être considérés comme des illusions et des interprétations d'illusions, mais qui, au moment où la malade leur prêtait un caractère de réalité objective, pouvaient en imposer pour des phénomènes hallucinatoires à classer soit dans l'automatisme mental, soit dans le syndrome d'action extérieure.

Cette partie de notre observation paraît bien illustrer notre conception des phénomènes dits hallucinatoires qui, le plus souvent, ne sont qu'une manifestation du substratum délirant. A la lumière des explications données par la malade elle-même au cours de son amélioration, il semble qu'en réalité, à aucun moment de cette évolution, elle n'ait présenté d'hallucinations sensorielles véritables avec le caractère d'automatisme qui leur est propre.

Par ailleurs, nous insistons sur le fait suivant : nous étions en présence d'un syndrome délirant systématisé évoluant depuis 5 ans. Quelqu'opinion qu'on puisse avoir sur le mécanisme de la sulfo-chrysothérapie, on ne peut s'empêcher de faire l'hypothèse qu'il y a eu, dans le cas présent, une relation de cause à effet, entre le traitement suivi et l'amélioration obtenue.

On sait aussi les hypothèses émises sur les relations possibles entre les syndromes hyperthyroïdiens et la tuberculose et que l'un de nous soutient depuis 1913. Nous ne pouvons nous empêcher de relever dans cette observation le fait que notre malade, hyperthyroïdienne, a vécu auprès d'une mère morte de tuberculose pulmonaire. Chez elle, à part quelques signes suspects au niveau des sommets des poumons, rien ne permet de soupçonner l'existence d'une tuberculose. On peut se demander cependant si le traitement n'a pas modifié favorablement un état torpide en relation avec une imprégnation tuberculeuse dans le genre de celles que nous soupçonnons chez les malades

©BIUM

présentant un syndrome classé dans la démence précoce et qui nous paraissent justiciables de ce même traitement. Enfin, comme argument en faveur de notre conception, nous relèverons le fait que le traitement a paru améliorer également le syndrome hyperthyroïdien lui-même.

Conclusion. — Le traitement sulfo-chrysothérapique semble avoir amélioré un syndrome basedowien et provoqué la rectification complète d'un délire systématisé évoluant depuis plusieurs années. Il est impossible de préciser le mécanisme du traitement, mais si l'on admet la notion de tuberculose comme substratum commun possible pour ces deux cycles de symptômes, on peut se demander si son efficacité n'est pas due à son action sur un état infectieux torpide.

Nous reconnaissons, pour terminer, qu'il est nécessaire de soumettre ce cas à l'épreuve du temps, avant d'affirmer une guérison définitive.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire des séances,
P. COURBON.

©BIUM

Séance du Lundi 25 Novembre 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 28 octobre 1935 est adopté.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr GUIRAUD, *membre titulaire,* qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie la Société de remettre à l'ordre du jour de la séance du lundi 23 décembre 1935 la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance: il en est ainsi décidé ;

des lettres de MM. les Drs Rémi COURJON, P. LECLERCQ et G.-P. TOYE qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux ;*

une lettre de M. le Dr MARES CAHANE, de Diciosanmartin (Roumanie), qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger;*

des lettres de M. le Dr Jacques BOREL, Médecin des Asiles publics d'aliénés, Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris à l'Asile Sainte-Anne, de M. le Dr B.-A. CASALIS, ancien interne des Asiles de la Seine, Médecin-légiste de l'Université de Paris, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de la Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise), de Mlle le Dr Madeleine DEROMBIES, Médecin des Asiles publics d'aliénés, de M. le Dr P.-M. LEULIER, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de la Villa des Pages, au Vésinet (Seine-et-Oise), de M. le Dr Julien ROUART, Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris à l'Asile Sainte-Anne, et de M. le Dr P. RUBENOVITCH, Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris à l'Asile Sainte-Anne, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* la Société désigne une Commission composée de MM. GUIRAUD, LÉVY-VALENSI et Paul ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à l'Assemblée générale du lundi 23 décembre 1935 ;

©BIUM

Election d'un membre titulaire honoraire

une lettre de M. le Dr V. TRUELLE, membre titulaire depuis le 28 février 1910, qui demande à être nommé membre titulaire honoraire : M. le Dr V. TRUELLE remplissant les conditions exigées par l'art. 3 des Statuts, reçoit par un vote unanime le titre de *membre titulaire honoraire ;*

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Une place de *membre titulaire* est déclarée vacante ; les candidatures, accompagnées d'un exposé de titres et travaux scientifiques, devront être parvenues au Secrétaire général avant le lundi 23 décembre 1935, date à laquelle sera désignée la Commission chargée de l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 janvier 1936 ;

Démission du Secrétaire Général

une lettre de M. le Dr René CHARPENTIER qui remercie les membres de la Société de la confiance qu'ils lui ont témoignée pendant cinq années consécutives en l'appelant au Secrétariat général de la Société et qui, regrettant de ne pouvoir continuer à assumer ces fonctions après le 31 décembre 1935, les prie de bien vouloir désigner un nouveau secrétaire général lors de l'Assemblée générale du lundi 23 décembre 1935 ;

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. G. PETIT, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, TRUELLE et PETIT, sur les titres de M. le Dr Paul SIVADON, il est procédé au vote :

Nombre de votants 26
Majorité absolue 14

A obtenu :

M. le Dr Paul SIVADON ..... 26 voix.

M. le Dr Paul SIVADON est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election de deux membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. VIGNAUD, au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, P. COMBEMALE et VIGNAUD, sur les titres de M. le Dr Jean TITECA, de Bruxelles, et de M. le Dr Paul VERVAECK, de Bruxelles, il est procédé au vote :

©BIUM

Nombre de votants 26
Majorité absolue 14

Ont obtenu :

M. le Dr Jean TITECA ..... 26 voix.
M. le Dr Paul VERVAECK ..... 26 —

M. le Dr Jean TITECA, de Bruxelles, et M. le Dr Paul VERVAECK, de Bruxelles, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-psychologique.

Nomination d'une Commission

Il est désigné une Commission chargée de présenter à la Société un rapport sur la nécessité d'augmenter le nombre des assistantes sociales chargées de veiller sur les sujets, enfants ou adultes, sortis des établissements de traitement médico-pédagogique ou des Services destinés au traitement des états psychopathiques.

Cette Commission est composée de M. Th. SIMON, *président*, et de MM. BRISSOT, CEILLIER, H. CLAUDE, DEMAY, FRIBOURG-BLANC, HEUYER et RAVIART, *membres titulaires*. Sont adjoints à cette Commission : MM. DUBLINEAU et VIÉ, *membres correspondants nationaux*.

La discussion du rapport de la Commission a été fixée au lundi 27 janvier 1936.

COMMUNICATIONS

Délire hallucinatoire chronique déterminé par une fulguration atmosphérique, par M. Jean PICARD.

Après le rapport de M. E. de Craene sur les psychoses post-traumatiques au dernier Congrès de Médecine légale (1), après ceux, presqu'à la même date, de MM. Aiello (de Milan) et Wegelin (de Berlin) sur les troubles dus à l'électricité et leur anatomie pathologique (2), s'il paraît difficile de négliger l'importance des altérations cérébrales au cours et à la suite de certains des traumatismes électriques, des divergences d'opinion n'en subsistent pas moins quant à leurs manifestations et leur pro-

(1) DE CRAENE. — Les psychoses post-traumatiques. *Rapport au XXe Congrès de médecine légale*. Bruxelles, juillet 1935.

(2) AIELLO. — Troubles pathologiques dus à l'électricité. *Rapport au VIIe Congrès intern. des accidents du travail*. Bruxelles, juillet 1935.

WEGELIN. — Anatomie pathologique des lésions causées par l'électricité. *Idem*.

RECCHI. — Discussion. *Idem*.

©BIUM

nostic. Certes MM. Naville et de Morsier (1), et Recchi, plus récemment, à l'examen de statistiques portant sur plusieurs centaines d'électrocutions, en estiment soit bénignes, soit nulles, les atteintes nerveuses et mentales, contrairement aux cas qui ont pu être rapportés. Piétrusky et Schrader, sur 589 accidents électriques, ne trouvent que 5 fois des troubles psychiques importants (2). C'est sans doute que les conditions d'observation varient très sensiblement selon les statistiques, établies habituellement dans des circonstances quasi-univoques (réseau électrifié des chemins de fer, par exemple). Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que l'extrême variabilité des effets du courant électrique dépend de facteurs multiples (point d'impact, tension, fréquence, voltage, forme du courant, etc.), qui modifient grandement le siège, la nature et l'intensité des lésions. C'est ainsi que M. Marchand et nous-même nous sommes efforcés d'établir dans un mémoire récent (3) qu'aucun niveau de l'axe nerveux n'avait le privilège d'être épargné.

Les perturbations provoquées par la foudre doivent, à ce point de vue, retenir l'attention tout spécialement. Décharge statique de très forte intensité et de très haute tension (intensité et tension qui ne sont guère évaluées à moins de 20.000 ampères et 400.000 volts), la foudre dont les manifestations maintes fois paradoxales sont classiques, ne provoque point seulement des effets immédiatement calorifiques et mécaniques généralement mortels, mais aussi des actions à distance, soit par courants vagabonds, soit par induction électrostatique dite choc en retour. Comme la mort peut être provoquée dans un rayon parfois important, et ce, sans nécessairement brûlures superficielles ou lésions apparentes, l'on ne saurait mesurer la gravité d'une commotion électrique selon ces seuls critères. Il est d'observation classique que la commotion nerveuse est plus profonde avec le courant continu (dont la fulguration n'est qu'une modalité), qu'avec l'alternatif qui, lui, commence par tétaniser les muscles et brûler les téguments par le mécanisme de l'effet Joule. L'impotence fonctionnelle est plus durable dans le premier cas que dans le second (expériences de Weiss). Les conséquences tardives en sont plus à redouter, et, de même que la mort par inhibition nerveuse, peut être retardée, d'assez longs intervalles

(1) F. Naville et G. de Morsier. — Symptômes neurologiques consécutifs aux électrocutions industrielles. *Revue Neurologique*, t. I, mars 1932, p. 337.
(2) Pietrusky et Schrader (cités par de Craene).
(3) L. Marchand et J. Picard. — L'action des commotions électriques sur le système nerveux. *Encéphale*, avril 1935, p. 229.

©BIUM

peuvent être constatés avant l'installation des séquelles sans que les relations entre le trauma initial et leur organicité en doivent être pour cela contestées, puisque Jellinek a noté des lésions aiguës des cellules nerveuses après coup de foudre ; Fontan (1) des crises épileptiformes immédiatement après la fulguration ; que M. Porot (2) a rapporté le cas des plus curieux de trois soldats serbes frappés, sur le front macédonien, au cours d'un orage, le 26 août 1916, qui, seuls survivants, présentèrent des paraplégies spastiques avec phénomènes d'hypoesthésie à topographie radiculaire, troubles organiques durables, d'intensité diverse, et, qu'avec M. Marchand nous avons étudié une sclérose cérébrale diffuse constituée dans les mêmes conditions (3).

Ce nouveau cas, quoique de symptomatologie plus purement mentale, nous paraît compléter utilement la littérature médicale assez pauvre d'observations de ce genre :

Observation. — *Fulguration le mercredi 27 juillet 1932. Commotion. Perte brève de connaissance. Absence apparente de troubles consécutifs, autres qu'asthéniques. Apparition d'un délire hallucinatoire progressif deux mois après. Désordre du comportement. Inculpation pour vagabondage et falsification de livret militaire.*

C'est en prison que nous avons examiné pour la première fois Ch... Joseph-Pierre, 39 ans, alors qu'il était poursuivi en juin 1935 pour vagabondage et falsification de livret militaire. — Aliéné migrateur, délirant depuis 3 ans, il avait quitté les Ardennes, son pays natal, pour identifier de prétendus persécuteurs localisés par ses hallucinations à Bonnétable (Sarthe), endroit où il s'était trouvé en traitement durant la guerre pour blessure de la cuisse. Parti à pied, il avait vécu de mendicité et s'était, à l'aller, vu arrêter une première fois à Courville (E.-et-L.) pour vagabondage, ce qui lui avait valu au mois de mai six jours de prison. A sa libération, ne déviant point du but fixé, il s'était rendu à Bonnétable, puis, n'y constatant rien d'anormal, avait poussé jusqu'au Mans, où, seul, un drapeau cravaté de crêpe lui parut avoir quelque valeur symbolique. Au retour, à Thiron exactement, les gendarmes l'interpellèrent et lui demandèrent ses papiers. Comme il avait sur son livret militaire rayé son nom pour le remplacer par celui de Bonaparte, il se vit inculpé cette nouvelle fois, et le plus sérieusement du monde, de falsification de livret militaire. Toutefois, en dépit de réponses pertinentes, certains de ses propos parurent au Tribunal assez incohérents pour qu'il décide un examen mental. Il avait déclaré spontanément à l'instruc-

(1) Fontan. — Coup de foudre, convulsions épileptiformes, traitement par l'eau froide, guérison. *Lyon médical*, sept. 1872.
(2) Porot. — Trois cas simultanés de paraplégies organiques causées par la foudre. *Revue Neurologique*, juillet 1917, p. 13.
(3) *Loco citato.*

©BIUM

tion : « Si j'ai agi de la sorte, c'est parce que j'ai reçu un coup de tonnerre qui m'a fait tomber ».

Antécédents. — Né le 20 août 1895 dans les Ardennes, il y a toujours vécu. Pas d'hérédité psychopathique ni d'aliénés dans sa famille. Père mort il y a un an à 82 ans (rupture d'anévrysme ?). Mère décédée subitement il y a 8 ans. Un frère commerçant au pays. Une sœur mariée et bien portante. Lui-même a failli se marier en 1916 mais n'a pu donner suite à ses projets du fait des hostilités. Enfance absolument normale, sans maladie importante et sans convulsions. Comme seuls événements pathologiques, une thyphoïde (?) dans l'adolescence, sans complications, et une angine diphtérique bénigne au régiment en octobre 1916, sans séquelles. Il a fait en son temps son service au 4e régiment de chasseurs à pied et a été blessé deux fois durant la guerre : la première fois près du fort de Douaumont en février 1916 par éclat d'obus à la cuisse gauche, la deuxième le 5 mai 1917 à Brives-en-Laonnois, également par un petit éclat d'obus qui lui a laissé une légère cicatrice à l'aile droite du nez. Pas de blessure du crâne, pas de cicatrice apparente de cette région. Il est pensionné à 10 0/0 et titulaire de la médaille militaire.

Son développement psychique a été parfaitement normal : certificat d'études obtenu à 13 ans, connaissance élémentaire de la langue allemande, bonne instruction primaire moyenne. Il exploitait correctement jusqu'en 1932 un commerce de charbons.

Circonstances de l'accident. — De même qu'il a pu nous donner, malgré des intrusions délirantes nombreuses, tous les renseignements précédents qui ont été contrôlés et reconnus exacts par la suite, il nous a fourni toutes les précisions concernant cet accident, dont nous avons obtenu les confirmations. Le mercredi 27 juillet 1932 « trois semaines avant l'Assomption » vers quatre heures de l'après-midi, il venait, avec son camion, de livrer du charbon à Villers-Cernay (Ardennes), en compagnie de son frère. Une dame B... lui ayant proposé d'évaluer sur l'arbre des reines-claudes dans son verger situé à quelque distance, il partit à pied avec elle. En cours de route l'orage survint : la foudre tomba à proximité d'eux et d'une ligne à haute tension. Ils furent projetés à plusieurs mètres, sans choc, semble-t-il, sur la tête, perdirent connaissance, revinrent à eux au bout de quelques minutes et, sans traces de blessure apparente, furent réconfortés dans une ferme voisine. Du parapluie de la dame B, qui était ouvert au moment de l'accident, il ne restait plus que des fragments dont toutes les parties métalliques étaient fondues. La dame B. devait mourir subitement un mois plus tard. Quand à notre malade, durant deux jours il ne voulut point coucher chez lui, erra, ne dormit point ; puis, il reprit ses occupations, mais l'on constata une baisse sensible de son activité et depuis lors, il serait resté assez souvent couché, se sentant toujours malade.

Troubles observés. — Un mois après commençait à se constituer

©BIUM

un système délirant dans lequel peuvent se distinguer plusieurs éléments :

1° Un véritable syndrome de *psychoplégie larvée sans confusion véritable :* perte de toute activité, passivité, extrême malléabilité, prostration, malgré un excellent état physique et une force musculaire au-dessus de la moyenne. Le sujet est constamment las ; à l'encontre des véritables persécutés, il ne proteste pas contre sa séquestration, n'a point l'initiative d'écrire aux siens pour lesquels il éprouve des sentiments affectueux. Outre son délire, il est naturellement poussé à l'état de vagabondage. Lors des examens, dans son comportement quotidien à l'Asile, il prend constamment des attitudes d'épuisement, se tient la nuque d'une main tandis qu'il étire son bras du côté opposé, tout en affirmant que ces gestes ne lui sont pas commandés.

Cet état ne s'accompagne d'aucun élément confusionnel. L'orientation est excellente. Les souvenirs sont parfaitement conservés et bien exposés, voire avec minutie. Aucun affaiblissement intellectuel véritable n'est décelable. Les opérations intellectuelles s'opèrent assez vite et sans erreur. Il corrige fort bien les fautes d'orthographe que l'on fait volontairement et rectifie celle des noms propres. Ce qui domine, on le voit, ce sont des phénomènes asthéniques, s'émaillant par moments d'*états de type psycholeptique.* Il a l'impression de la chute imminente et déclare qu'on le fait tomber : une fois il a pris le train jusqu'à la gare de l'Est « pour voir le général Weygandt » mais une inhibition l'y a arrêté : il n'aurait pu faire un pas de plus. Il est rentré au pays comme il en était parti. Une autre fois, l'an passé, il aurait eu la sensation de tomber brusquement, en faisant boire un cheval : « Quand le roi des Belges est tombé à Namur, eh bien, moi, je tombais la même chose là-bas ». Il est à souligner qu'aucun élément épileptique ne peut être retenu, qu'aucun stigmate ne peut être mis en évidence, qu'aucune crise n'a été observée dans le service. Ce malade est d'ailleurs exempt de migraines, de bourdonnements d'oreilles et de vertiges.

Les *troubles de l'attention* sont très accusés : il est difficile d'avoir une conversation suivie avec le malade. Si les réponses sont adéquates aux questions, elles restent vagues et décolorées. Il faut insister constamment pour faire revenir le sujet sur le thème de la conversation : ses discours se perdent invariablement, dès la seconde phrase, dans des formules dubitatives et diffuses ou dans les explications mégalomaniaques d'un délire incohérent.

2° *Eléments hallucinatoires et délirants.* — Sur ce fond mental permanent sont apparues des manifestations hallucinatoires que, par une cristallisation émotive de l'accident initial, il attribue volontiers aux intempéries célestes : « C'est comme cela chaque fois qu'il pleut : il m'embête. (Montrant les nuages) : C'est là-dessus ». Il explique qu'à la suite de difficultés dans son travail, il a cédé toute sa part de son fonds de commerce à son frère, que ses ouvriers l'ont

©BIUM

embêté (*sic*) ; ses persécuteurs font beaucoup de bruit la nuit : « C'est pour cela que les voisins ne voulaient plus me louer de logement ». Dans le fatras des conceptions délirantes se manifeste une activité hallucinatoire très active : « Avant ils ne m'embêtaient pas. Je faisais mon travail comme tout le monde : c'est quand je me suis relevé. L'année dernière, ils m'ont nettoyé comme un lapin. Ils m'ont fait faire la croix. Ils m'ont bombardé avec des « péchelettes » qu'ils appellent cela. On a fait la même chose à un camarade à côté, Marcel C., aux Rameaux. Dans le barouf, ils ont démoli la cheminée. Ils causent entre eux la nuit sans arrêt ou bien c'est comme la T.S.F. ou la transmission à distance. » Une autre fois, ils lui ont fait avaler une éponge qu'il sent là, dans la région du cœur. D'autre part, ils l'inhibent, ils l'arrêtent, ils l'empêchent de fumer. Lorsqu'on insiste, l'on se heurte à la classique réponse : « Vous le savez aussi bien que moi. » — La systématisation délirante est d'autant plus pauvre que la désagrégation mentale a été rapide. Les conceptions mégalomaniaques ont investi peu à peu tout l'ensemble de sa pensée morbide. Elles procèdent dans une certaine incohérence, d'intuitions subites, de révélations hallucinatoires, de paramnésies, de rapprochements symboliques. Au total : « C'est le grand chef qui m'a repris, celui qui est là-haut, pour servir la France. » Il est Bonaparte, il va être à la place de Lebrun. Il règnera sous le nom de Burbery. Il a reconnu sur les pièces de cinq francs l'effigie de sa mère. Il est empereur des Français, mais quelque chose le domine : « Je ne peux avancer d'un côté comme de l'autre. L'Indifférent, le Contradictoire, c'est tout. » Il n'est pas son maître. Le ciel commande, qui l'a fait mourir pour vivre une vie nouvelle ; mais, dans le quotidien, il n'est que Joseph-Pierre, ancien marchand de charbons, interné à l'Asile. Sa conduite dans le quartier n'est en rien inspirée par le sentiment d'être plus que les autres. Tout au plus marque-t-il, à l'exposé de ses convictions, une certaine note euphorique qui contraste avec son habitus déprimé.

Examen organique. — Excellente constitution physique. Taille 1 m. 77. Pas de malformation crânienne ni de stigmates de dégénérescence. Pas de cicatrices sur le corps, autres que celles résultant de ses blessures de guerre. — Les divers appareils sont normaux. Quoique gazé durant la guerre, les poumons, le cœur, les reins ne paraissent le siège d'aucune lésion, le taux de l'urée dans le sang est normal, l'examen des urines négatif. Il n'est pas noté de troubles digestifs, le foie n'est ni augmenté de volume ni sensible à la pression. Pas d'hyperalgie musculaire. Le sujet s'est toujours montré relativement sobre (1/2 litre à 3/4 de litre de vin rouge par jour). Il ne présente aucun symptôme d'éthylisme chronique, aucune baisse de la mémoire, aucun tremblement, aucune dysarthrie, etc... Il n'y a pas d'antécédents vénériens chez notre malade dont les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang (30-7-35). L'examen neurologique proprement dit ne permet de

©BIUM

constater que des réflexes rotuliens un peu vifs surtout à gauche et un retard assez notable dans la juste perception des sensations thermiques, sans topographie précise. Les systèmes pyramidaux, extrapyramidaux, cérébelleux, ne sont le siège d'aucune altération.

Un examen oculaire pratiqué le 19 octobre dernier par le Dr Dubar a été d'autant plus minutieux que l'on sait que l'électrocution américaine entraîne presque toujours une fracture du cristallin et que la cataracte traumatique est fréquemment mentionnée dans les suites d'électrocution. Cet examen s'est révélé entièrement négatif : pas d'opacité des cristallins, fond d'œil normal, bonne acuité visuelle. Pas de troubles de la motricité oculaire.

La ponction lombaire, par contre, a fourni des renseignements précieux : *hypertension importante du liquide céphalo-rachidien* qui coule en jet très fort (57 au manomètre de Claude en position assise, 49 en décubitus latéral, le sujet étant parfaitement calme). La tension tombe à 30 après soustraction de 10 cm^3. — Liquide eau de roche, très clair. *Forte albuminorachie : 0,50* (à l'échelle de Mestrezat). Leucocytes : 0,9. Benjoin colloïdal négatif : 00000.00200.00000. Pandy : négatif. Bordet-Wassermann : négatif.

En résumé, chez un sujet indemne de tout trouble antérieur, nous voyons se constituer, dans le mois qui suit une fulguration grave (projection à distance, fusion des objets métalliques portés par une des victimes, mort subite de celle-ci un mois après, brève perte de connaissance de l'autre au moment du choc, errance et insomnie durant deux jours) un syndrome psychoplégique avec délire hallucinatoire chronique dans les mois qui suivent, délire à progression rapide aboutissant en quelques années à des troubles plus profonds de la synthèse personnelle avec désagrégation psychique et paraphrénie mégalomaniaque. L'on ne saurait parler en vérité de coïncidence ou de choc émotif ayant révélé un état latent. Zangger a montré que d'apparentes névroses traumatiques ayant succédé à des électrocutions avaient laissé paraître, dans la suite, des symptômes indubitablement organiques (1). Ici nous trouvons une formule céphalo-rachidienne, trois ans après la commotion, rigoureusement superposable à celle des traumatismes cérébro-méningés (hypertension céphalo-rachidienne et hyperalbuminose).

Cette observation nous semble offrir un autre intérêt clinique. Les délires hallucinatoires durables n'ont jamais été observés, à notre connaissance, comme conséquence des traumatismes

(1) Zangger. — Die Frage nach dem velhältnis der ursachen und Prognose der unfallneurosen, besonders der neuroseartigen folge nach elektrischen unfallen. *Schweiz. Zeitsch. f. unfallmedizin u. Berufskrankheiten* (nov.-déc. 1930).

©BIUM

électriques. Quoique ne répondant pas tous rigoureusement au même type clinique, les trois cas de troubles mentaux par traumatismes électriques, que nous avons pu étudier jusqu'à ce jour (1), comportaient tous une activité hallucinatoire plus ou moins intense. Ce fait méritait d'être signalé.

M. DUBLINEAU. — J'ai dans mon service deux délirants chroniques analogues qui, jadis, furent électrocutés. Chez l'un d'eux, les troubles mentaux n'éclatèrent que trois ans après l'électrocution. Mais, depuis celle-ci, il avait sans interruption souffert de divers troubles, notamment de céphalées qui permettent d'établir un lien entre la psychose et l'électrocution.

Acétylcholine et épilepsie, par MM. J. DUBLINEAU et DORÉMIEUX.

L'acétylcholine est utilisée avec succès, on le sait, dans l'état de mal épileptique ; son emploi dans l'épilepsie, en dehors de l'état de mal, a déjà fait l'objet d'un certain nombre de travaux avec résultats variables. Un travail anglais de Laughlin (2) d'après 14 cas (épilepsie chez des adultes jeunes), à dose quotidienne de dix à quinze centigrammes, portée à trente centigrammes au 7e jour, mentionne dans 5 cas une réduction sans relation entre l'accroissement de la dose et le nombre des attaques. Dans deux de ces cas, la diminution du nombre des crises est compensée par un accroissement des équivalents.

L'observation d'un cas d'épilepsie infantile que l'un de nous avait suivi, en 1934, au Dispensaire de Vincennes, nous avait paru des plus intéressantes. Il s'agissait, sauf erreur, d'un jeune garçon de 8 à 9 ans, présentant des crises quotidiennes ou bi-quotidiennes apparues dès les premiers mois de la naissance, sans hérédité similaire décelable. Le développement mental était assez satisfaisant. L'enfant avait conscience de son état, s'en désolait, demandait à en être guéri « pour pouvoir aller en classe comme ses camarades ». C'est même pour ce motif que la mère s'était décidée à l'amener. Le gardénal à la dose de 0 ctg. 20 par jour était alors sans effet.

Nous avions préconisé, à l'époque, des injections d'acétylcholine à dose faible : deux centigrammes tous les deux jours d'abord, tous les jours ensuite.

(1) P. SCHIFF, J. PICARD et POUFFARY. — Psychose hallucinatoire chronique et électrocution. Société de Psychiatrie, 20 déc. 1927. *Encéphale,* 1928, p. 46.

(2) *J. of mental Sc.,* oct. 1933.

©BIUM

Deux mois plus tard, nous revoyons l'enfant. L'effet du traitement avait été quasi-expérimental. Dès les premières injections, les crises avaient cessé. Une vingtaine de jours après, deux crises étaient réapparues, le traitement ayant été interrompu faute de produit (la mère habitait dans l'Oise). A la reprise des injections, nouvelle période sans crise qui se maintenait le jour de cette seconde visite. Nous n'avons pu suivre cet enfant. Aussi cette observation n'avait-elle pour nous qu'une valeur d'indication.

Nous avons eu à Armentières l'occasion de reprendre l'expérience sur une plus grande échelle. Disons de suite que nous n'avons jamais retrouvé un aussi beau résultat que le précédent. Néanmoins, des données intéressantes se dégagent de ces essais.

Sans entrer dans le détail des faits qui, tant chez l'adulte que chez l'enfant, seront étudiés dans un travail ultérieur, on peut avancer que l'acétylcholine seule ne saurait être considérée comme un traitement de fond de l'épilepsie. Associée au contraire aux produits habituels, elle peut constituer un adjuvant précieux. C'est ce que paraît montrer l'observation suivante :

V..., 15 ans, entre à l'Institut Médico-pédagogique pour des crises avec troubles du caractère et violences. Père glycosurique. Polyléthalité collatérale infantile du côté de la mère. Pas d'épilepsie connue dans la famille.

L'apparition des crises remonte à la 4e année. Quelques crises convulsives à cet âge. Diphtérie à 6 ans 1/2 ayant laissé une hémiparésie brachiale droite et des troubles visuels. A 7 ans, réapparition des crises. L'enfant peut cependant suivre l'école et obtenir son certificat d'études. Par la suite, les crises augmentent en fréquence et en violence, typiques, atteignant un total de 25 à 30 par mois.

Depuis quelques mois, elles s'accompagnent en outre de troubles du caractère avec violences, impulsions, fureurs, grincement de dents, besoin de frapper. Les colères ont d'ailleurs souvent l'allure de véritables équivalents. Certaines sont amnésiques. A signaler, enfin, mythomanie, tendance au vol, etc. A la sortie de l'école, l'enfant voulait être prêtre. Au bout d'un mois, il était renvoyé du séminaire. Il ne put davantage être gardé dans une école d'horticulture. Les parents eux-mêmes durent s'en débarrasser. Il prenait alors 15 centigrammes de gardénal par jour.

A l'entrée, niveau mental normal. Emotivité marquée. Examen somatique normal en dehors d'une hypermétropie légère. Rapidement, V. se révèle comme un sujet brutal et dangereux, violent, impulsif. L'impulsivité s'accroît avant et après les crises ; dans l'intervalle de ces dernières, il est rarement docile, le plus souvent taquin et méchant (morsure d'un surveillant).

©BIUM

Avec 20 centigrammes de gardénal, les crises sont moins fréquentes, quoique très violentes (6 crises en avril, 6 en mai).

Le traitement est modifié comme suit : gardénal, 0,10 ; mélange spécialisé de tartroborobromol, gardénal et belladone (nésal), deux mesures par jour. Soit au total : 16 centigrammes de gardénal, deux centigrammes de belladone et du tartrate. 20 crises en juin.

A partir de juillet, le traitement est constitué par le nésal seul. 4 mesures par jour, soit : douze centigrammes de gardénal, quatre de belladone et du tartrate. A ce moment, réduction du nombre des crises, mais troubles considérables du comportement : colères, violences, impulsivité. Le sujet doit être maintenu.

Le 5 juillet, l'enfant est interné à l'Asile.

Du 1er au 16 juillet : pas de crise, mais état mental stationnaire.

Du 16 juillet au 4 août, acétylcholine : dix centigrammes par jour en injections : une crise. Retour au calme. Docilité.

Du 4 au 21 août, pas d'acétylcholine : 3 crises.

Du 21 août au 4 septembre, acétylcholine : 2 crises.

Du 4 septembre au 2 octobre, pas d'acétylcholine : 11 crises.

Du 2 octobre au 21 octobre, acétylcholine : 4 crises.

Du 21 octobre au 4 novembre, pas d'acétylcholine : 1 crise.

Du 4 novembre au 23 novembre, acétylcholine : pas de crise.

Le nombre des crises traduit mal les modifications observées : les crises sont beaucoup plus courtes, elles prennent la forme de vertiges, sans agitation ni chute. Par contre, l'émission d'urine est constante.

Plus intéressantes peut-être sont les modifications dans le comportement de ce garçon : l'impulsivité coléreuse a à peu près complètement disparu. V. peut être employé à des travaux de jardinage, où il se montre souple, docile et travailleur, avec un rendement satisfaisant. Bien entendu, les injections d'acétylcholine sont toujours pratiquées, concurremment avec le traitement mixte (gardénal, tartrate, belladone).

En résumé, les injections d'acétylcholine pratiquées en même temps que le traitement classique ont coïncidé chez un adolescent épileptique, moins avec une réduction du nombre des crises (réelle cependant) qu'avec une diminution nette de leur importance, enfin et surtout une modification heureuse du comportement, l'impulsivité ayant pratiquement disparu.

Nous insistons sur le fait qu'il s'agit d'un cas particulier ; les résultats obtenus ont été en effet des plus variables. Dans un autre cas suivi d'amélioration, la réduction du nombre des crises a coïncidé avec une accentuation de l'impulsivité.

L'intérêt de cette observation est d'ajouter un élément utile dans certains cas aux divers agents de cure de l'épilepsie, sans que se dégagent nettement encore les indications et contre-indications de son emploi.

©BIUM

Efficacité préventive et curative de l'acétylcholine sur certaines manifestations épileptiques (crises subintrantes, impulsions et troubles du caractère), par MM. Jean PICARD, Henri EY et G. MARQUET.

Les manifestations circulatoires cérébrales, si elles ne constituent qu'un élément dans la pathogénèse des accidents comitiaux, en sont du moins un des éléments les plus manifestes. Outre les constatations chirurgicales faites chez des blessés du crâne au cours des paroxysmes, la simple observation clinique permet de se rendre compte que les phénomènes vaso-moteurs de territoire céphalique accompagnent toujours les troubles de cette nature (pâleur, ou plus rarement bouffées congestives), et déjà, en 1927, Dubar avec l'un de nous avait été amené à étudier les variations de la tension artérielle rétinienne qui se révèle fort instable chez les épileptiques (1). L'action vaso-dilatatrice de l'acétylcholine a pu être contrôlée sur la circulation cérébrale par l'examen ophtalmoscopique par le Pr Villaret, Mad. Schiff-Wertheimer et Justin Bezançon (2). Encouragés par les résultats probants obtenus dans les états de mal, d'une part, par De Gennes (3), d'autre part, par le Pr Etienne (4), et ses collaborateurs, nous avons soumis un certain nombre de nos malades à des injections d'acétylcholine. Ce sont nos constatations, dont certaines sont déjà anciennes, que nous rapportons aujourd'hui, nous bornant à mettre en relief les résultats les plus saillants.

Nous envisagerons successivement les crises convulsives, les crises subintrantes et certains équivalents :

1° *Crises convulsives.* — Nous avons employé comparativement le bromure et le chlorure d'acétylcholine. Quelques difficultés surgissent lorsque l'on veut instituer un tel traitement dont l'efficacité immédiate n'apparaît pas évidente du fait du remplacement d'un médicament qui a fait ses preuves (bromure ou

(1) J. DUBAR et J. PICARD. — Etude de la tension artérielle rétinienne de quelques épileptiques. *Société de Biologie,* 22 oct. 1927.

(2) Pr VILLARET, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et Justin BEZANÇON. — *Soc. de Biologie,* 24 mars 1928.

(3) DE GENNES. — *Société médicale des hôpitaux,* 21 mars 1932, p. 424.

(4) Pr ETIENNE, LOUYOT, Mlle CULLERRE, SIMONIN. — *Revue médicale de l'Est,* 1931.

©BIUM

barbituriques) par les injections. Il s'est produit assez souvent, dès les premiers jours, une recrudescence telle des crises que nous avons dû revenir au médicament précédemment employé. Certains de nos malades ont été traités par l'acétylcholine deux années durant, et nous devons constater qu'en aucun cas la suppression totale des accès ne s'est produite. Une réserve doit avoir cependant sa place ici : nous n'avons usé que de doses relativement faibles (dix centigrammes quotidiens), et il est possible que, si nous avions pu frapper plus fort, les résultats eussent été meilleurs. Nous nous proposons donc de continuer nos essais sans préjuger de nos résultats ultérieurs. Une remarque ne s'en impose pas moins : dans la pratique, un double inconvénient apparaît : le caractère très onéreux d'un tel traitement, la difficulté matérielle de le poursuivre d'une façon satisfaisante dans la clientèle non hospitalière. Quoi qu'il en soit, nous avons soumis nos malades à une série de 20 piqûres par mois, de 0 gr. 10. L'innocuité du traitement est absolue. Aucun incident ne s'est jamais produit. Le choix des malades que nous avons retenus a été pratiqué de telle sorte que nous avons éliminé toutes les épilepsies symptomatiques d'artériopathie cérébrale sur laquelle l'action de l'acétylcholine est déjà connue. Nous avons traité de préférence des épileptiques de l'âge adulte dont un certain nombre d'arriérés légers, en ayant soin de nous borner à ceux qui présentaient un nombre assez fixe d'accès par mois. La moyenne d'ensemble des accès relevés mensuellement dans la totalité du service n'en a pas été apparemment modifiée.

Dans le détail, sur 14 cas répondant à cette rubrique, qui ont pu être traités de façon suivie par cette méthode, 6 fois la moyenne des accès s'est vue sensiblement augmentée sans atténuation ultérieure et ces accès n'ont pas été cliniquement modifiés ; l'échec le plus net a été réalisé par le malade suivant :

I. Co... Gérard, 40 ans. Epilepsie avec crises motrices caractéristiques généralisées. Aura avec cri rauque prolongé. Chutes habituellement violentes. Cicatrices de blessures consécutives à des accès sur le cuir chevelu et la région frontale. Amnésie constante. Bradyphrénie. Un état de mal avec hyperthermie en 1926. 5 à 6 crises chaque mois avec le gardénal (0,20). 1er mois de traitement au chlorure d'acétylcholine : 18 crises ; — 2e mois : 15 crises. La reprise du gardénal a rétabli la moyenne antérieure.

Dans trois cas, aucune modification. Le nombre des accès est demeuré le même qu'auparavant, pendant et après le traitement.

©BIUM

Dans ces trois autres, après un échec apparent, le traitement a été abandonné après le second mois, mais par la suite pendant un mois, les crises qui se produisaient à la moyenne de six à dix avant ont été ou complètement supprimées pendant plus d'un mois, ou très réduites :

II. Re... Gustave, 28 ans. Débilité mentale avec épilepsie convulsive amnésique. Auras auditives. Chute avec morsure de la langue. Convulsions toni-cloniques généralisées. Interné à la suite d'un accès d'agitation furieuse. Obséquiosité. Troubles du caractère. Malade querelleur. Accès au nombre de 6 à 10 et plus par mois. Traité alternativement au bromure et au gardénal. Six crises le mois qui a précédé le traitement. 1er mois de traitement : 15 crises. — 2e mois : 17. — Cessation du traitement et reprise des médications antérieures. Le mois suivant, ni crises ni vertiges. Quelques crises rares par la suite. Retour progressif à la moyenne habituelle. Il y a eu de manière transitoire une amélioration sensible des troubles du caractère.

III. Gu... René, 45 ans. Mère épileptique. Hémiplégie infantile. Strabisme divergent avec atrophie optique gauche. Arriération mentale accusée. Crises comitiales depuis l'enfance. Cicatrices nombreuses de plaies faciales consécutives aux chutes. Interné pour vol en 1920, accès complets et fréquents depuis cette époque, à la moyenne de 7 à 8 par mois. A la suite du traitement par le chlorure d'acétylcholine, le 1er mois : 9 crises ; le second : 12 crises. On cesse le traitement. Le mois suivant : 2 crises. Retour au chiffre habituel des accès comitiaux dans la suite. Décès le 16 avril 1935 par suite de thrombose mésentérique.

IV. Pr... Abel, 34 ans. Chute accidentelle violente par précipitation sur la tête à l'âge de 11 ans. Apparition des accès à 14 ans. Crises motrices caractéristiques depuis lors. Episodes confusionnels. Fréquence des accès : 7 à 10 par mois. 1er mois de traitement : 13 crises ; 2e mois : 10 crises. Cessation de l'acétylcholine. Le mois suivant : cinq accès.

Enfin, nous avons constaté un cas de succès immédiat, bien relatif, dont voici l'observation :

V. Bo... Louis, 40 ans. Crises convulsives depuis l'âge de 18 mois. Epilepsie chronique sans rémissions appréciables. Vertiges et accès généralisés. Viscosité mentale. Blessures nombreuses au cours des chutes. Fréquence presque quotidienne malgré les bromures et barbituriques. Les deux mois qui ont précédé le chlorure d'acétylcholine : 26 et 27 crises. 1er mois du traitement : 18 crises ; 2e mois:

©BIUM

15 crises. Cessation du traitement : se maintient durant deux mois à un chiffre inférieur à la moyenne précédente.

Et un cas de guérison, qui mérite d'être rapproché des cas qui viennent d'être publiés par MM. Fribourg-Blanc, Lassalle et Passa (1), parce qu'il constitue le succès le plus net et qu'il s'agit, comme dans leurs deux cas, d'épilepsie traumatique, ici d'apparition récente :

VI. Au... Roger, 20 ans. Epilepsie à grandes crises convulsives avec équivalents nombreux (obtusion psychique, migraines, absences, crises de narcolepsie durant 2 ou 3 jours avec amnésie consécutive). Tous ces troubles sont apparus neuf mois après une trépanation pour accident de la circulation, remontant à trois années avant l'internement (dépression frontale droite avec perte de substance osseuse). Les accès sont complets avec chute, spumation, morsure de la langue, convulsions toni-cloniques, relâchement sphinctérien. Après trois crises constatées dès son entrée dans le service le 28 mars 1933, il est mis aussitôt au bromure d'acétylcholine, traitement qui est poursuivi sans interruption pendant tout le mois d'avril et le mois de mai. Aucune crise n'a plus été constatée, alors que, quoiqu'irrégulières, il en présentait toujours plusieurs par mois. Ce sujet ayant été considéré comme guéri, en dépit du pronostic sombre formulé dans le certificat de quinzaine, est sorti le 24 juin 1933. Il n'a pas été réinterné.

En bref, sur 14 cas, nous comptons : six échecs certains, trois malades pour lesquels l'acétylcholine n'a fourni ni meilleur ni plus mauvais résultat que les autres médications ; trois chez lesquels, après une apparence d'échec, une amélioration nette s'est produite à retardement ; un qui a vu se réduire ses crises d'emblée de façon manifeste ; un, enfin, qui peut être classé parmi les guérisons durables. Ce sont des résultats sans doute bien inconstants, mais tout de même non négligeables. Nous pouvons en inférer que l'action de l'acétylcholine, contrairement à ce qu'on eût pu supposer, ne se fait sentir que très lentement.

2° *Crises subintrantes et états de mal.* — Et pourtant, c'est dans l'état où les paroxysmes atteignent leur maximum de fréquence et d'intensité que les résultats sont parfois les plus rapides et les plus nets. Les premiers essais, mentionnés dans la littérature, visent, tous, les états de mal. Si les succès y sont plus nombreux (Dino Bolsi), ils sont quand même loin d'être constants (Dejean et Hugues).

(1) FRIBOURG-BLANC, LASSALLE et PASSA. — *Presse médicale*, 23 nov. 1935.

©BIUM

Nous comptons à cette rubrique deux succès et un échec. Les voici :

VII. Coup... René, 24 ans. Imbécillité. Gâtisme. Oxycéphalie. Cryptorchidie. Crises épileptiques depuis la puberté, d'abord espacées, puis plus fréquentes. Accès toujours groupés. Crises subintrantes se produisant tous les deux mois environ sans état de mal proprement dit (absence d'hyperthermie). Echec relatif des traitements usuels. Le 1er avril 1934, il présente 7 crises et reçoit aussitôt 20 centigrammes de bromure d'acétylcholine. Même dose le lendemain, un seul accès. Pendant tout le mois d'avril et le mois de mai, 20 injections à 0,12. Pas de nouvelles crises subintrantes durant six mois ; quelques accès isolés au nombre de 1 à 2 par mois.

VIII. Dub... Simone, 23 ans. Crises convulsives comitiales depuis l'âge de 13 ans. Les crises sont fréquentes. Elles ont apparu pour la première fois en 1925 à l'âge de 13 ans, alors qu'elle venait de voir sa propre mère présenter des crises éclamptiques. Coïncidence assez régulière des crises et des périodes menstruelles. Internée en 1927 pour crises hystériques. Dans la suite, groupement fréquent de crises subintrantes avec fureur épileptique. Troubles du caractère, actes automatiques et tentatives de suicide. Deuxième internement depuis le 26 octobre 1933. Etats de mal très fréquents améliorés et abrégés incontestablement par l'acécoline. Nous avons constaté chez elle onze accès de crises subintrantes réalisant le plus souvent un état de mal avec hyperthermie et stupeur comateuse. Chacun de ces états a été soigné par des injections de chlorure d'acétylcholine associé au chloral, au gardénal soluble, au somnifène, à la ponction lombaire, aux injections intraveineuses de solutions hypertoniques, etc. Dans la plupart des cas, c'est l'acétylcholine qui a paru produire le résultat décisif. — De plus, l'emploi de l'acétylcholine en série d'injections dès que les crises menacent de se « lier », nous a permis de réduire à deux seuls états de mal l'évolution des accidents convulsifs depuis juin 1934, alors que de son entrée en octobre 1933 à juin 1934 elle a présenté 9 états de mal. Enfin l'action de l'acétylcholine a été particulièrement nette sur l'impulsivité coléreuse, les troubles du caractère, l'agressivité. L'action de l'acétylcholine n'a guère été sensible sur le rythme des crises isolées que, par contre, le bromure paraît avoir influencé favorablement.

IX. Lamb... Pierre, 26 ans. Entré le 17 avril 1933 pour épilepsie symptomatique de séquelles d'encéphalopathie infantile. Quelques accès typiques dans le service. Brusque état de mal un mois après. Traitement combiné par l'acétylcholine (0 gr. 40 quotidiens), le chloral, le gardénal sodique, la ponction lombaire, etc... Hyperthermie considérable. Décès le 19 mai 1933.

3° *Etats d'agitation et troubles du caractère.* — Les observa-

©BIUM

tions 2 et 8 nous ont laissé entrevoir que l'irritabilité épileptique était susceptible d'une très grande sédation par l'acétylcholine. Disons de suite que ce sont là les succès les plus manifestes et les plus constants que nous avons obtenus, succès qui, avec ceux des états de mal, posent des indications pratiques, parce que par l'étude des cas particuliers nous pouvons rechercher non plus seulement l'effet curatif, mais bien préventif. Voici quelques exemples :

X. Mag..., ouvrier agricole. Agitation furieuse et menaçante. Impulsivité explosive. Le diagnostic est porté sur le seul syndrome mental sans la notion de crises épileptiques : bromure d'acétylcholine, 0 gr. 25, trois jours. Cessation de toute agitation, une crise typique le 3e jour. Confirmation de crises antérieures assez espacées. Continuation du traitement au rythme d'une seule injection quotidienne. Absence de toute récidive. Sorti par guérison trois mois après.

XI. He... Alexandre. Né le 7 février 1905. Otite à l'âge de 4 ans, avec état méningé. Développement intellectuel normal jusqu'à la puberté. Affaiblissement progressif depuis. Age mental : 8 ans. Puérilisme très accusé, religiosité enfantine. Périodes dépressives avec tentatives de suicide. Crises convulsives classiques de fréquence variable (3 à 30 par mois). Radiographie du crâne : deux taches opaques au niveau des bosses frontales (en projection de face) ; de profil : en arrière et au-dessous des bosses pariétales. Autre tache opaque — de profil — derrière la lame quadrilatère. Epaississement général des parois craniennes. N'a pu être conservé dans le milieu familial en raison de réactions anti-sociales très violentes (colères, menaces, coups). A dû être maintenu, avant son entrée, en chambre de sûreté et ligoté. Entré le 30 novembre 1932, on le détache imprudemment, raptus coléreux, bris de vitres, projections d'objets. Il est mis le jour même à l'acétylcholine (0 gr. 20) ; le lendemain, il est encore agité. Le traitement est poursuivi à la même dose. Le surlendemain il est calme. Durant deux mois, selon la technique déjà exposée, il reçoit quotidiennement 0,12 de bromure d'acétylcholine. Il est gai, n'est plus sujet à ses crises de fureur très impressionnantes, présente de temps à autre de petits malaises. Jusqu'en mai, les crises s'espacent (une à deux par mois), mais demeurent très violentes. Il se blesse une fois assez profondément à la joue dans sa chute. Son caractère, par contre, est excellent. Les siens nourrissent de ce fait des espoirs excessifs. En août 1933, alors qu'il est au gardénal depuis février, attitudes boudeuses, taciturnité, irritabilité, réactions hostiles à l'égard des siens. Il est remis comme précédemment à l'acétylcholine : les choses s'arrangent aussitôt. Cette fois ses crises sont plus nombreuses (7 à 8 par mois), mais les intervalles sont très satisfaisants. Les accès de fureur qui duraient depuis des années ont complètement disparu sans retour. Malheureusement un affaiblis-

©BIUM

sement intellectuel du type de la démence épileptique s'installe peu à peu. L'état général devient très mauvais. Il meurt au cours d'un ictus apoplectiforme, le 23 juillet dernier.

XII. Su... Jean, 21 ans. Idiotie congénitale. Langage rudimentaire. Turbulence à partir de 1922. Vers 1925, apparition de crises comitiales classiques et de crises de fureur : déchire ses effets, se griffe, se frappe la tête et crie à tue-tête. Colères soudaines, violentes, imprévisibles quoique presque continues. Fréquence des accès convulsifs très variables avec un minimum de 7 à 8 par mois. Toutes les médications (bromure et barbituriques) échouant, sa contention par la camisole était pour ainsi dire constante dans le service des malpropres dont il constituait de beaucoup le malade le plus violent et le plus agité. Nous l'avons soumis au même traitement que les autres à titre d'essai au mois d'avril dernier. Point de modifications ni immédiates, ni ultérieures, du nombre des crises. Par contre, le malade est devenu abordable, on a pu le détacher. Il a pu réintégrer un quartier de malades paisibles et semble s'éveiller un peu. Le visage qui en permanence était d'une extrême pâleur a repris une coloration rosée.

XIII. Bou... Germaine, 38 ans. Epilepsie menstruelle. Hémiparésie droite, reliquat d'encéphalopathie infantile (congestion cérébrale à 13 mois). Première crise à 8 ans. Apparition de troubles du caractère à 28 ans avec agressivité coléreuse considérable pré et post-critique et à certains moments folie du toucher. Les crises reviennent depuis plusieurs années avec une régularité remarquable au moment de la menstruation. Elles sont précédées de crises de violences durant les trois ou quatre jours antérieurs. Dans ces conditions, nous avons pu supprimer totalement non pas les accès convulsifs mais les troubles du caractère en août et septembre par l'injection quotidienne de 0 gr. 20 de chlorure d'acétylcholine les cinq ou six jours précédant la date des règles. En octobre, la suspension de ce traitement préventif a ramené les colères et les impulsions habituelles.

Conclusions. — De nos tentatives, dont certaines remontent à quatre années, nous n'avons retenu que celles qui ont été menées à bien, un certain nombre de traitements n'ayant pu être, pour des causes fortuites, ou poursuivis ou être entièrement réalisés dans des conditions d'observation assez rigoureuses. Notre expérience en la matière a été toutefois assez longue pour nous permettre des conclusions fermes.

Les sels d'acétylcholine, bromure ou chlorure, nous apparaissent d'une égale valeur thérapeutique. Les mêmes résultats peuvent être indifféremment obtenus avec l'un ou l'autre. Empiriquement, un certain antagonisme s'est révélé à nos yeux entre le gardénal et l'acétylcholine. Le premier agit rapidement et son

©BIUM

action dure peu ; le second se manifeste à l'égard des crises habituelles avec lenteur et retardement. Son effet semble moins immédiat, mais plus durable. Son maniement, par contre, infiniment moins souple et pratique. Il n'en est plus de même lorsque les crises sont groupées. L'on avait reproché autrefois au gardénal cette tendance à grouper les crises. L'acétylcholine, au contraire, a son indication majeure dans les cas d'accès rapprochés, périodiques ou subintrants. Le gardénal enfin sollicite, si l'on peut dire, les équivalents et les troubles du caractère. Les états d'agitation épileptique survenant au cours du traitement gardénalique sont notoires. L'acétylcholine a son maximum d'efficacité, au contraire, dans les impulsions, les troubles du caractère, les états de fureur épileptique. De telles indications nous permettent dès lors de la considérer, non comme un traitement de base, mais comme un indispensable appoint de la thérapeutique anti-comitiale, appoint qui peut fort heureusement se combiner avec les médications plus classiques.

M. Fribourg-Blanc. — Comme nous l'avons indiqué dans un travail récent paru dans la *Presse médicale*, nous avons, M. Lasalle et moi, employé l'acécoline avec succès dans l'épilepsie traumatique. Deux malades étaient encore porteurs d'éclats d'obus intracraniens depuis de nombreuses années, et en étaient arrivés à présenter un état de mal par crises subintrantes. Les crises ont disparu complètement et définitivement depuis plus de sept mois.

Mlle E. Cullerre. — Cela confirme la théorie pathogénique de l'épilepsie causée par une vaso-constriction, théorie soutenue par le professeur Etienne, de Nancy. Nous avons, lui et moi, essayé ce médicament chez des épileptiques et nous avons obtenu les mêmes heureux résultats que ceux rapportés ici.

M. Paul Abély. — Deux ans d'expérimentation du traitement de l'épilepsie par l'acécoline me permettent d'émettre les considérations suivantes :

1° L'acécoline ne peut pas remplacer le gardénal, les deux médicaments se complètent, mais ne se suppléent pas.

2° L'acécoline administrée mensuellement pendant une dizaine de jours à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes supprime la tendance aux états subintrants chez les épileptiques graves.

3° Chez les épileptiques à crises très fréquentes, l'acécoline ne provoque habituellement aucune amélioration, quelquefois,

©BIUM

une faible diminution du nombre des crises, effet qui cesse dès l'arrêt du traitement.

4° Chez les petits épileptiques à crises rares (1 à 2 par mois et moins), on peut assister, après quelques séries d'acécoline, à une disparition complète des crises.

5° Les troubles du caractère, les tendances impulsives sont nettement améliorés par l'acécoline.

Quelle valeur attribuer, au point de vue syphilis, aux réactions biologiques liminaires en psychiatrie ? par M. J. DUBLINEAU.

Nous appellerons *liminaires* des réactions biologiques sanguines ou liquidiennes anormales, mais insuffisantes, parce qu'isolées ou trop peu intenses, pour entraîner à coup sûr le diagnostic de syphilis.

Actuellement, une réaction, même intense, n'est considérée comme valable que si elle n'est pas isolée. Un résultat qui surprend, s'il n'est pas confirmé par un deuxième examen, est pratiquement négligé. A plus forte raison, quand il s'agit de réactions, non seulement isolées, mais *liminaires*. Dans la masse de ces réactions douteuses, n'existe-t-il pas des cas réels de syphilis, et, comme tels, à traiter ?

Trois ordres de faits, entre autres, autorisent cette recherche :

1° Au point de vue *clinique*, on connaît bien actuellement les formules à peine anormales des paraytiques généraux impaludés. La régression progressive du syndrome humoral, chez des sujets par ailleurs peu modifiés cliniquement, est banale. Il en est de même, — encore que ce soit moins connu, — pour certains paralytiques généraux peu traités ou non traités, et qui, déments complets, ont une formule à peine anormale. Entre eux, dont le diagnostic est certifié par les antécédents, et certains déments simples ou paranoïdes présentant des formules biologiques analogues, le diagnostic est peu commode. D'ailleurs, chez ces derniers, ne sont pas rares de petits signes cliniques, liminaires eux aussi, auxquels on ne prête qu'une attention distraite (pupilles, réflexes, etc.), parce qu'ils n'ont en soi rien de très caractéristique.

2° Au point de vue *biologique*, on connaît la rareté des réactions positives dans l'hérédo-syphilis. La constatation chez un enfant d'une de ces réactions, même liminaires, est pourtant jugée bien suffisante pour justifier un traitement. C'est une chance que de la constater. Il est vrai d'ailleurs que le rôle de

©BIUM

l'hérédo-syphilis dans la genèse des psychopathies de l'adulte, bien qu'admis en théorie, ne l'est guère en pratique. C'est pourquoi sans doute on n'attache d'importance qu'à des réactions franches, qui doivent être plus rares chez les hérédo-syphilitiques que dans la syphilis acquise.

3° Enfin *l'expérimentation* a montré l'intérêt des formules biologiques même très frustes. Avec M. Ch. Richet fils et Mme Michel (1), nous avons inoculé du liquide céphalo-rachidien de paralytiques généraux hospitalisés dans le service du Professeur Claude à des souris et des lapins. L'inoculation au lapin a permis d'obtenir, à défaut de chancres, un certain nombre de réactions humorales positives. Chez d'autres animaux, et, mieux, chez des animaux inoculés à partir des précédents, d'autres réactions étaient obtenues, parfois positives, plus souvent subpositives, parfois presque négatives ou complètement négatives. Même dans ce dernier cas, l'animal était humoralement modifié, comme en faisait foi le type allergique des chancres de réinoculation obtenus avec une souche tréponémique ordinaire (souche Truffi). Mêmes résultats pour les lapins inoculés à partir des souris. L'intérêt expérimental des réactions liminaires peut-il être transposé sur le plan clinique ?

Dans une première étape nous avions, avec Tarbouriech (2), étudié l'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal. Depuis, nous avons repris la question en l'étendant à d'autres réactions liquidiennes (Pandy, Weichbrodt, Meinicke, Takata-Ara). Ces réactions étaient effectuées et lues par nous-même, ainsi que le Meinicke-Sang : lectures très soigneuses, faites avec le souci de ne laisser passer aucune particularité.

La recherche de l'albuminose, de la lymphocytose, du Bordet-Wassermann, du benjoin colloïdal étaient, par ailleurs, ainsi que le Bordet-Wassermann et le Kahn dans le sang, réalisés à l'Institut Pasteur de Lille.

Nos recherches, portant sur des sujets déjà malades de longue date, le nombre de réactions suspectes devait forcément être assez considérable. Aussi les chiffres qui suivent, relatifs à des cas déjà choisis, n'ont-ils en aucune façon de valeur statistique.

I. Liquide céphalo-rachidien

I. Albuminorachie. — On connaît les problèmes que pose la question de l'hyperalbuminose chez les syphilitiques. On s'ac-

(1) *C. R. Acad. de Médecine*, nov. 1934, mars et avril 1935.
(2) *Congrès al. et neur. de l. fr.*, Bruxelles, 1935.

©BIUM

corde à lui reconnaître une réelle valeur prémonitoire, même en l'absence de tout syndrome psychopathique et même si elle est solitaire chez un ancien syphilitique avéré. Certes, chez une psychopathe, elle constitue une réaction banale. Aussi, isolée, n'a-t-elle pas de valeur précise. Mais dès qu'elle existe avec d'autres petites modifications liminaires, cette valeur s'affirme ; elle nécessite d'autres examens : alors apparaît une modification du benjoin, ou toute autre réaction. Chaque réaction, si fruste soit-elle, augmente l'intérêt de l'albuminose.

Sur 167 ponctions lombaires effectuées dans le service du 15 juillet au 15 novembre, l'albumine était égale ou supérieure dans 70 cas à 0 gr. 15, et, parmi ceux-ci, 26 fois égale ou supérieure à 0 gr. 30. Sur ces 26 cas, elle n'était isolée que quatre fois. Dans tous les autres cas, elle s'accompagnait d'une modification plus ou moins intense de l'une des réactions sanguines ou liquidiennes.

Dans certains cas, l'albuminorachie solitaire alternait, lors d'une ponction ultérieure, soit avec une réaction colloïdale positive, soit avec une positivité transitoire dans le sérum.

II. Réaction de Bordet-Wassermann. — Elle a été positive d'une façon isolée dans un seul cas, chez un paranoïaque passionnel. Elle devint négative après traitement bismuthique. Par contre, le benjoin était précipité vers la droite (11e tube) au cours de ce second examen.

III. Réactions colloïdales. Globulinose. — Nous étudierons ces réactions en même temps (ce qui instruira mieux sur leur valeur respective), en centrant l'exposé sur l'étude de la réaction du benjoin. Nous adoptons, comme formule normale pour cette dernière, la précipitation dans les cinq tubes de la zone moyenne.

A. *Formules avec réaction atypique du benjoin colloïdal.* — Dans 57 cas sur 167, ont été observées des modifications de la courbe : 12 fois, précipitation avant le 6e tube (sans dépasser le 10e) ; 18 fois, début normal, extension au delà du 10e ; 27 fois extension simultanée de part et d'autre de la zone moyenne.

a) *Extension à gauche.* — Si l'on élimine 5 cas appartenant à des syphilis nerveuses évidentes, ou à des paralytiques généraux, on trouve pour les 7 autres, une mélancolie chronique avec affaiblissement mental, un état démentiel avec inertie pupillaire, une mélancolie chez un ancien syphilitique (syphilis en 1912) un état schizophrénique ; deux paraphrénies, dont

©BIUM

l'une ayant débuté par une tentative de suicide absurde, chez un sujet par ailleurs euphorique. Au total, quatre cas au moins concernent des états d'affaiblissement évoquant celui des démences syphilitiques.

Cette modification du benjoin s'accompagnait deux fois d'une albuminose légère.

Les réactions de Pandy et de Takata étaient toutes négatives. Seul, le Weichbrodt était faiblement positif (± ou +) dans cinq cas.

Toutes ces réactions au contraire étaient plus marquées chez les cinq paralytiques généraux. Pourtant, chez ceux-ci, quelques réactions liminaires existaient (un Weichbrodt +, un Meinicke + solitaire, etc.), qui établissaient une série de transitions avec les faits précédents.

b) *Extension à droite.* — Cinq fois, il s'agissait de paralytiques généraux. Fait important, dans les 17 autres cas, — lesquels concernaient des types cliniques divers, où l'affaiblissement psychique se retrouvait également avec une grande fréquence —, la notion de syphilis pouvait être mise 9 fois en évidence (chancre antérieur : 3 fois ; Meinicke positif ou subpositif dans le sang : 4 fois ; Bordet-Wassermann ou Meinicke positifs dans le liquide céphalo-rachidien : 2 fois). Chez un dixième, une ponction antérieure avait révélé une précipitation du benjoin étendue fortement à gauche.

Chez un grand nombre existaient des modifications des réflexes tendineux et pupillaires.

La réaction était assez souvent isolée. Le Pandy n'était positif que trois fois, le Weichbrodt l'était dix fois, mais toujours très faiblement. Les réactions de Meinicke et de Takata-Ara étaient très légèrement, sauf dans un cas, positives : 7 fois pour la première, 6 fois pour la seconde. Il n'y avait aucun rapport entre le type et le groupement des réactions d'une part, l'aspect clinique d'autre part.

Quoi qu'il en soit, ici encore, les formules observées chez les 5 paralytiques généraux étaient légèrement, mais non constamment, plus intenses que dans les 17 cas précédents.

c) *Extension à gauche et à droite.* — Dans 18 cas, il s'agissait de syphilis nerveuses ou de paralysies générales évidentes. Les autres cas concernaient : deux paraphrénies, dont l'une à forme mégalomaniaque, et l'autre avec aréflexie patellaire ; trois épilepsies ; deux mélancolies dont l'une évolue actuellement vers l'indifférence démentielle ; un cas d'alcoolisme, avec strabisme

©BIUM

et taie de la cornée ; deux états démentiels simples ; une schizophrénie avec mal de Pott dorso-lombaire ayant débuté par des idées délirantes mégalomaniaques.

Dans tous ces cas, il faut noter la fréquence et l'intensité relative des autres réactions (Pandy positif 5 fois sur 11 ; Weichbrodt fortement positif 5 fois sur 10 ; Meinicke subpositif 6 fois; Takata positif (dont une fois très fortement), 4 fois sur 6. De même, l'albuminose était le plus souvent augmentée.

Au total, peu de différences avec les réactions observées chez les paralytiques généraux. Chez ces derniers, cependant, l'extension vers la gauche de la précipitation était généralement plus accentuée.

B. *Formules avec réaction normale du benjoin colloïdal.* — Quelles sont les réactions liquidiennes liminaires dans les cas (Paralysies générale exceptée), où le benjoin est normal ?

La *réaction de Weichbrodt* est, de toutes, le plus fréquemment positive (une cinquantaine de fois sur 80 liquides). Elle s'observe souvent isolément. Cette fréquence lui enlève une grosse partie de sa valeur quand elle ne dépasse pas le taux de subpositivité (+).

Au contraire, la *réaction de Pandy* est beaucoup plus rarement positive. Sur 77 liquides elle l'était 12 fois ; bien entendu, il ne s'agit toujours que de taux très faibles (± ou +). Dans 11 de ces cas, elle était associée, soit à de l'hyperalbuminose, soit à l'une des réactions effectuées simultanément (Weichbrodt, Meinicke, Takata). Or, si, dans tous ces cas, la réaction de Bordet-Wassermann était négative dans le liquide céphalo-rachidien, on notait, dans l'un, un Kahn, dans l'autre, un Meinicke subpositifs (+) dans le sang. Par ailleurs, il s'agissait assez souvent de psychoses dégénératives, avec stigmates multiples chez les sujets, qui évoquaient impérieusement le diagnostic clinique d'hérédo-syphilis. Aussi, sans avoir de valeur à proprement parler spécifique, sa constatation, même dans les cas frustes, doit être retenue comme un signe suspect important.

La *réaction de Meinicke* est d'une lecture difficile pour les cas limites, un flou léger, par rapport au témoin étant pratiquement considéré comme négatif. Pourtant, il y a, dans cette zone marginale, une part certaine d'interprétation. Une interprétation large nous donnait jusqu'à 50 % de réponses suspectes, chiffre certainement trop élevé, d'autant que ce résultat était souvent isolé au milieu d'autres réactions normales. Il n'en demeure pas moins qu'une ventilation des cas prétendus négatifs s'impose.

La *réaction de Takata-Ara* à la fuchsine-sublimé en milieu

©BIUM

alcalin, donne deux types de réactions, syphilitique ou méningitique. Pratiquement, c'est la réaction de type syphilitique (virage bleu) que nous avons le plus souvent rencontrée. Dans 24 cas sur 54, elle a donné des résultats subpositifs, généralement très frustes, mais rarement isolés. Cette association à d'autres réactions liminaires nous a paru accroître son intérêt.

II. Sang

Dans la plupart des cas, en dehors de la paralysie générale, les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn étaient négatives dans le sang. Signalons pourtant que, dans un cas, un Kahn subpositif (+) fut observé chez un sujet présentant dans son liquide une extension à droite de la précipitation du benjoin.

La réaction de Meinicke a donné lieu à des constatations intéressantes : sa positivité isolée, même faible, coïncidait souvent avec des réactions liquidiennes positives ou liminaires. La valeur d'un Meinicke à peine positif (0 ?) se trouvait authentifiée par sa constatation chez un paralytique général, par ailleurs typique au point de vue du liquide.

En dehors de la paralysie générale, une réaction de Meinicke positive, absolument isolée, fut observée une fois chez un schizomaniaque porteur de stigmates dégénératifs. Elle redevint obstinément négative lors d'examens ultérieurs. Dans un autre cas, concernant une démence précoce avec précipitation du benjoin fortement étendue vers la droite, une réaction de Meinicke franchement positive (et isolée) lors d'un premier examen, redevint progressivement négative en dehors de tout traitement. Ici encore, la constatation de réactions, même frustes, simultanément dans le sang et le liquide confère une valeur réciproque à chacune d'elles.

Conclusions

La constatation, dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, d'une réaction liminaire peut avoir une valeur indicative réelle au point de vue d'une étiologie syphilitique. D'où l'intérêt des réactions multiples pour un même échantillon. La présence d'une modification même minime (du type de celles que l'on observe actuellement de façon courante chez les paralytiques généraux impaludés), doit donc retenir l'attention, qu'elle porte sur l'un ou l'autre des éléments de la formule. Elle doit, en particulier, en vue d'une nécessaire ventilation, — toutes les formules frustes n'étant évidemment pas syphilitiques — inviter

©BIUM

à revoir le sujet, à rechercher chez lui (sans espérer trouver un syndrome complet) quelques petits signes d'atteinte neurologique (modifications ou inégalité des réflexes tendineux, altérations de forme et de réaction des pupilles, ou *d'une* pupille), ou les stigmates dégénératifs classiques. Parfois, la confrontation de quelques signes neurologiques apparemment sans importance, et de modifications de la formule biologique (un Pandy + ou ±, une ébauche de floculation dans la réaction de Meinicke ou de Takata-Ara), permettra d'incliner plus nettement vers l'hypothèse d'une syphilis fruste. A défaut de signes neurologiques, la nature même de la formule psychique devra retenir l'attention : tendances à l'affaiblissement, euphorie plus ou moins mégalomaniaque, réactions médico-légales plus ou moins absurdes coïncident assez souvent avec des réactions biologiques liminaires pour que l'on soit en droit, quand on les constate, de poser la question de la syphilis, avec les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

M. Paul Abély. — Je demanderais à M. Dublineau d'étudier dans le temps et chez le même individu les modifications de ces réactions liminaires. Il assistera, je crois, à des variations importantes, difficiles à interpréter, et qui vont quelquefois parallèlement aux modifications de la présentation mentale. Les réactions liminaires qu'il cite ne me semblent pas absolument démonstratives d'une syphilis sous-jacente. On les rencontre avec une très grande fréquence dans les formes diverses d'alcoolisme mental et je crois qu'il vaut mieux les considérer comme le signe d'une atteinte légère, diffuse, atténuée des centres nerveux, intéressante surtout par sa durée et sa période d'apparition. Comme le dit l'auteur, quand on rencontre de telles réactions liminaires et qu'on pratique un examen organique approfondi, il est habituel de remarquer quelques petits signes neurologiques discrets, sans cependant pouvoir établir une relation certaine entre ces deux ordres de symptômes.

M. Marchand. — Il ne faut pas demander au laboratoire plus qu'il ne peut donner. C'est la clinique et non lui qui permet le diagnostic de syphilis, quand les troubles humoraux sont discrets. On voit la syphilis partout à l'heure actuelle. Les modifications légères de la réaction du benjoin, l'augmentation légère de l'albumine se voient dans des cas d'alcoolisme purs de toute syphilis.

©BIUM

Recherches sur l'hémolyse. Dans quelle mesure permet-elle le dépistage des psychopathies syphilitiques frustes ? par M. J. DUBLINEAU.

L'étude des réactions liminaires apporte, pour le dépistage de la syphilis en psychiatrie, des éléments précieux, mais incomplets, d'information. Pour tenter de mettre en évidence un terrain syphilitique fruste dans certaines psychoses ne faisant pas leurs preuves étiologiques, nous avons recherché comment réagissait le sérum d'un sujet présumé syphilitique vis-à-vis des globules rouges d'un autre sujet atteint de paralysie générale ou de syphilis nerveuse.

Nous avons mis en présence, dans plusieurs séries d'expériences, des globules rouges de tels sujets et des sérums divers. Dans une série parallèle de tubes témoins, les mêmes sérums recevaient les globules d'un donneur normal.

Technique : Sang recueilli dans un verre, défibriné par agitation avec une baguette de verre. Centrifugation. Décantation. Lavages successifs avec centrifugations et décantations au sérum à 9 0/00. On ramène au niveau primitif avec du sérum à 9 0/00. On agite. On fait une suspension à 5 0/0 dans du sérum. Une goutte de cette suspension est introduite dans 20 gouttes de sérum mesurées avec la même pipette (tube à hémolyse). Agitation. Etuve à 37°. Lecture tous les quarts d'heure environ.

Résultats. — On observe : 1° dans la série témoin : pas d'hémolyse ; 2° dans la série en expérience : tantôt une hémolyse (plus ou moins complète), tantôt une agglutination (plus ou moins intense). Dans d'autres tubes, rien ne se produit. Les réactions s'effectuent souvent dans les premières minutes. Elles sont d'ordinaire terminées en moins de deux heures. Plus tardives, elles sont plus délicates à interpréter.

Les interactions du complexe sérum-globules donnent lieu à diverses combinaisons : les sérums de certains syphilitiques hémolysent les globules de paralytiques généraux, leurs propres globules étant réfractaires à l'hémolyse. Inversement, le sérum de certains sujets présente un pouvoir lysant faible ou nul, alors que leurs globules sont lysés dans les mêmes conditions que des globules de sujets atteints de paralysie générale.

Laissant de côté, dans ce travail, ces réactions intermédiaires, nous envisagerons seulement les conditions dans lesquelles se produit l'hémolyse des globules d'un donneur atteint de syphilis nerveuse évidente ou de paralysie générale.

©BIUM

L'hémolyse (ou l'agglutination) se produit :

1° quand, dans le sérum receveur, la réaction de Meinicke, lue attentivement de façon à déceler les floculations liminaires, est positive ou subpositive (même à des taux très faibles, 0 ?, ±, +, etc.). *Ce, indépendamment de la forme nosologique de la psychopathie ;*

2° quand, à défaut de la précédente, une autre réaction est positive ou subpositive dans le sang ;

3° dans les états avec réactions biologiques positives, subpositives ou liminaires dans le liquide céphalo-rachidien ;

4° chez des sujets présentant, à défaut de réactions biologiques, quelques signes neurologiques de spécificité, ou des stigmates d'hérédo-syphilis.

En principe, hémolyse et agglutination se produisent moins régulièrement, ou même ne se produisent pas, avec un sérum receveur non-syphilitique. En fait, il existe des exceptions, nous les retrouverons plus loin.

D'un total de 350 expériences effectuées sur 101 sérums différents avec les globules de 19 donneurs, se dégagent les faits suivants :

A. Sujets suspects de syphilis (acquise ou héréditaire). — Sur 77 malades pour lesquels on avait, à divers titres, des raisons de suspecter la syphilis, l'hémolyse et, plus rarement, l'agglutination, se sont produites 66 fois, soit dans 88 % des cas.

Ces cas concernaient les affections suivantes :

1) *Paralysies générales.* — 20 cas, pour lesquels existaient 19 fois une formule humorale concomitante (évidente ou liminaire). De ces 19 formules, trois étaient uniquement sanguines, quatre uniquement liquidiennes, 12 étaient à la fois sanguines et liquidiennes. Le vingtième cas concernait une paralysie générale à formule devenue normale.

2) *Etats d'affaiblissement psychiques simples* (17 cas). — Il s'agissait d'états démentiels plus ou moins nets de l'âge adulte, pour lesquels, en dehors du diagnostic psychiatrique, le point de vue étiologique restait en suspens. Ces malades présentaient 14 fois une formule liquidienne liminaire, 3 fois une formule plus ou moins nette, à la fois sanguine et liquidienne.

3) *Etats mélancoliques chroniques atypiques* (6 cas). — Dans ces états existait une tendance à l'affaiblissement psychique coïncidant avec des modifications plus ou moins marquées de la formule liquidienne (5 cas), de la formule sanguine et liquidienne (1 cas).

©BIUM

4) *Etats de démence précoce* (7 cas). — Il s'agissait de formes dégénératives (deux de ces cas concernent deux frères), compliquées, pour certains, de manifestations dissociatives. Deux de ces cas comportaient un Meinicke sanguin à peine subpositif, deux autres présentaient des réactions liquidiennes frustes, un cinquième, des réactions liquidiennes et sanguines (frustes). Chez les deux derniers, seuls existaient des stigmates dégénératifs multiples.

5) *Etats paranoïdes avec formule atypique* (4 cas). — Ici encore, il s'agissait de sujets ayant présenté des signes psychiques d'affaiblissement, avec réactions bizarres. Dans un de ces cas existaient de petits signes sanguins et liquidiens, dans les trois autres, quelques petits signes liquidiens.

6) *Débilité mentale* (3 cas). — Deux de ces malades présentaient des signes humoraux de syphilis nerveuse avérée, le troisième présentait, outre des stigmates neurologiques importants (paresse pupillaire), de nombreux signes dégénératifs et une ébauche de réaction sanguine.

7) *Troubles du caractère* (3 cas). — Il s'agissait d'un sujet atteint de syphilis nerveuse évidente, d'un ancien syphilitique à réactions liquidiennes, enfin, d'un interprétant avec Bordet-Wassermann antérieurement ++ dans le liquide céphalo-rachidien.

8) Mentionnons enfin : 2 cas *d'épilepsie* [l'un avec formule sanguine fruste, l'autre avec signes cliniques suspects (en particulier fracture de cuisse au cours d'une crise modérée), sans aucun signe biologique], — 1 cas *d'hémi-parkinson* chez un débile avec anisocorie et signe d'Argyll, sans grands signes humoraux, — 1 cas d'alcoolisme avec signes liquidiens et sanguins, — 1 état *maniaque chronique* avec cancer de la lèvre inférieure, qui avait cédé à son début à quelques injections de cyanure (le Bordet-Wassermann étant négatif dans le sang), — 1 état *confuso-anxieux* évoluant vers la démence précoce, avec stigmates d'hérédo-syphilis et quelques signes liquidiens très frustes.

Au total, sur 66 maladies, la syphilis était fortement probable (réactions sanguines et liquidiennes avec ou sans signes cliniques de spécificité) dans 22 cas ; elle était probable, du fait de réactions sanguines plus ou moins marquées, dans 7 cas ; elle était probable ou possible du fait de quelques réactions liquidiennes concomitantes, dans 31 cas ; enfin, dans 6 cas, n'existait aucun signe biologique, mais l'examen clinique apportait de fortes présomptions en faveur d'un terrain syphilitique, et surtout hérédo-syphilitique.

©BIUM

Les 11 sérums n'ayant pas donné le phénomène d'hémolyse concernent :

1° 8 paralytiques généraux, à formules biologiques généralement positives ;

2° un épileptique ayant présenté antérieurement un Meinicke ++ sanguin isolé ;

3° une démence précoce, d'ailleurs sans aucun signe biologique, mais avec stigmates dégénératifs ayant pu faire penser à la possibilité d'une hérédo-syphilis ;

4° un état schizomaniaque chez un dégénéré, ayant présenté antérieurement dans le sang un Meinicke +++, puis un Meinicke ±, et dont les réactions étaient négatives le jour de l'examen.

B. SÉRUMS DE SUJETS NON SUSPECTS DE SYPHILIS. — Ayant opéré uniquement sur des malades chroniques d'Asile, il n'a pas été très facile de recruter d'emblée un nombre suffisant de sujets-témoins. D'où la faiblesse de nos chiffres à cet égard.

Nous avons opéré sur 15 malades : 6 alcooliques, 4 déments précoces, une psychose traumatique, un état passionnel, un débile accentué, un débile léger médico-légal, un sujet atteint de troubles du caractère.

Six fois seulement, aucune réaction ne s'est produite. Dans les neuf autres, il y eut hémolyse (le plus souvent faible, ou agglutination). Quels sont ces neuf cas ?

1° *4 alcooliques*. En fait, l'un d'eux a présenté, au cours d'une ponction lombaire exécutée quelques jours plus tard, des signes légers, mais nets, d'atteinte liquidienne suspecte ; l'autre présente des réflexes rotuliens inégaux et quelques troubles neurologiques ne paraissant pas d'origine polynévritique.

2° *4 déments précoces*. Deux de ces derniers ont, l'un, des antécédents de pleurésie, l'autre des signes actuels de tuberculose. Les deux autres ont une hérédité vésanique.

3° *1 état passionnel de jalousie* (suspicion de tuberculose ; un fils en préventorium).

C. SÉRUMS AYANT DONNÉ DES RÉSULTATS D'INTERPRÉTATION DIFFICILE, OU VARIABLES A DES EXAMENS SUCCESSIFS. — *a) Sérums d'interprétation difficile :* 3 malades, dont un *psychasthénique* ayant hémolysé légèrement (il avait eu précédemment, une seule fois, un Meinicke ± dans le sang), — un *hébéphrénique* en rémission, porteur d'une adénite suppurée cervicale (hémolyse très légère une fois sur deux examens, Meinicke 0 (? ?) dans le sang), — un *schizophrène hébéphréno-catatonique* porteur d'un

©BIUM

mal de Pott dorso-lombaire avec abcès (hémolyse lente, formule liquidienne très perturbée, avec Takata-Ara +++).

b) *Sérums ayant donné des résultats variables :* 6 cas, dont un *syphilitique* certain (syphilis en 1912, traitée), peladique, à formules biologiques actuellement négatives [hémolyse (partielle) deux fois sur trois], — un *dément précoce* [formule liquidienne, liminaire : hémolyse (partielle) deux fois sur quatre], — un *hébéphrénique hypomaniaque* à pupilles inertes et réaction liquidienne liminaire (hémolyse 2 fois sur 3), — un *dément précoce* ayant présenté un Meinicke +++ isolé dans le sérum (hémolyse 3 fois sur 4), — un *dément précoce* à benjoin précipité dans la zone syphilitique (hémolyse 2 fois sur 3), — un *dément précoce* antérieurement opéré de néphrectomie (tuberculose rénale) (pas d'hémolyse, mais ses globules ont été hémolysés par des sérums de syphilitiques dans les mêmes conditions que les globules d'un paralytique général).

Conclusions. — L'hémolyse (ou l'agglutination) des globules d'un donneur atteint ou de paralysie générale ou de syphilis nerveuse, par un sérum récepteur, s'est produite 75 fois sur 92 sérums. Sur ces 75 cas, la syphilis était certaine ou probable (résultats de l'examen clinique, de réactions biologiques positives, subpositives ou liminaires), chez 66 malades. Dans les neuf autres cas, rien ne permettait de la suspecter en principe, encore que quelques-uns d'entre eux appellent de sérieuses réserves.

Dans 17 sérums récepteurs, il n'y a pas eu hémolyse (témoins non compris). Sur ces 17 sérums, huit appartenaient à des paralysies générales ; trois, à des sujets biologiquement suspects à des examens antérieurs ; six, concernaient des sujets apparemment normaux.

Chez neuf malades, la recherche des réactions d'hémolyse a donné des résultats variables ou douteux. Mais ces cas pouvaient, pour une grande part, être mis à l'actif de la méthode.

La tuberculose paraît troubler le phénomène. Par contre, ce dernier, s'il ne présente pas vraiment de valeur diagnostique, paraît pouvoir légitimer la nature syphilitique de certaines réactions liminaires.

Leur différenciation complémentaire est d'ailleurs possible, grâce à l'étude, non plus du pouvoir hémolysant des sérums, mais de la « lysibilité » des globules rouges du donneur.

De toutes façons, le phénomène paraît indépendant, — au moins pour une grande part, — des faits d'agglutination ou d'hémolyse dûs au mélange de sangs de groupes différents.

©BIUM

Améliorations survenant chez certains arriérés entre 16 et 25 ans, par M. J. Vié.

L'évolution de l'arriération mentale et des diverses séquelles des encéphalopathies infantiles est bien connue jusqu'à l'âge de 15 ou 16 ans. Mais au-delà, les adolescents sont retirés par leurs familles des services spécialisés, et alors perdus de vue, ou bien passés dans les services d'adultes des asiles, ils se disséminent au milieu des psychopathes et ne peuvent plus faire l'objet d'études en série.

Parmi le fort contingent de débiles et d'imbéciles — plus de 350 — que groupe la Colonie familiale d'Ainay-le-Château, nous avons retrouvé bien des sujets que nous avions suivis en 1927-1928 à la colonie de Vaucluse, avec notre maître, Th. Simon. Un fait nous a frappé en rapprochant des examens d'alors nos constatations récentes, et ce fait nous l'avons retrouvé maintes fois dans les observations de malades plus anciens, c'est que *bien des débiles et des imbéciles s'améliorent de façon notable entre 16 et 25 ans ;* des améliorations ébauchées auparavant s'accentuent pendant ce délai ; par contre, passé 25 ans, aucun progrès en rapport avec le simple développement spontané de l'organisme n'est plus à escompter.

Nos observations se groupent autour de quatre chefs principaux : régression de troubles du caractère, régression de troubles moteurs, disparition de l'énurèse et des crises épileptiques. Des progrès intellectuels concomitants ont été quelquefois notés. Nous prendrons comme types les cas observés à Vaucluse, puis à Ainay, nous bornant à mentionner les autres.

I. Troubles du caractère. — L'amélioration porte avant tout sur *l'instabilité* avec turbulence, sur les tendances antisociales, malfaisantes, destructrices, taquines, à l'exclusion de la perversité véritable. L'activité cesse d'être anarchique, elle se canalise vers des fins utiles ou tout au moins inoffensives, les sujets peuvent être conservés en demi-liberté, ou même, comme dans notre première observation, reprendre une vie normale au-dehors.

Raymond H., né le 31 juillet 1914. *Débilité mentale avec turbulence et troubles de l'affectivité ; amélioration importante entre 15 et 18 ans ; sortie.*

Nous avons connu ce malade âgé de 8 ans, en 1922-23, à l'Hôpital Maritime de Berck où il était soigné pour une coxalgie droite avec abcès fistulisés. Sa turbulence était extrême, il détruisait tous les

©BIUM

appareils plâtrés, les coupait, urinait volontairement pour les ramollir, effilochait draps et couvertures, déplaçait son lit pour se battre avec ses camarades de salle. Il resta à Berck plusieurs années.

Interné le 25 février 1925 pour « débilité mentale avec nombreuses perversions instinctives, pyromanie, vol, actes volontaires de gâtisme, menaces de violences contre les enfants de son entourage, cruauté envers les animaux » (Roubinovitch), Raymond, à la Colonie de Vaucluse, se montre turbulent, batailleur, indocile, mais non pas véritable pervers. Son niveau mental (tests de Binet et Simon) est en janvier 1927 de 9 ans. Il apprend à lire et à écrire à l'école de la Colonie. Le raccourcissement du membre inférieur droit en rapport avec l'ascension trochantérienne est compensé à gauche par une incurvation en arc du tibia et du péroné : Raymond boite fortement, mais n'est pas infirme. La réflectivité est normale. Pas de débilité motrice (1927).

A l'asile de Chézal-Benoît (7 novembre 1930 au 12 septembre 1931), le Dr Briau note encore la malfaisance et le défaut d'affectivité. Raymond, devenu grand garçon, robuste et bien portant, travaille au jardin, mais ne sympathise avec personne.

A Ainay, il se montre de moins en moins farouche et fermé, il reste un peu brutal, jaloux de son indépendance. Les fermiers qui l'occupent le considèrent comme un bon travailleur assez régulier. Il est en bons termes avec ses camarades. Sa sœur, qui a toujours correspondu avec lui, le prend en congé d'essai, puis demande sa sortie (23 novembre 1932).

Depuis lors, nous écrit-elle le 14 octobre 1935, « Raymond a toujours été sérieux ; je n'ai pas à me plaindre de lui. Il a longtemps manqué de travail ; maintenant il travaille en usine, ce n'est pas bien fameux, mais *il est si content d'être parmi nous,* il ne se plaint pas ».

L'affectivité s'est donc développée très tard, parallèlement avec la régulation de l'activité. D'autres sujets offrent une évolution semblable, sans pouvoir toutefois reprendre la vie normale au sein de leur famille. Nous en avons à la colonie une demi-douzaine d'exemples.

Voici maintenant le cas d'un jeune *sourd-muet, débile mental,* dont nous voyons de 19 à 22 ans, s'atténuer la turbulence puérile et taquine.

Serge M..., né en 1913, est placé à Bicêtre à l'âge de 6 ans, le 1er juillet 1919. A la Colonie de Vaucluse (7 février 1922), Th. Simon constate une arriération profonde avec niveau mental ne dépassant pas 2 à 3 ans. En 1927-28, Serge était extrêmement instable, ne tenant pas en place, furetant partout, curieux, mais ne fixant son attention sur rien, taquinant sans cesse ses camarades. Il présente des

©BIUM

stigmates morphologiques de dégénérescence : asymétrie faciale, oreilles décollées, palais plat, etc.

Il apprend à lire et à former ses lettres vers 1930.

Serge arrive à Ainay le 11 février 1932. La surdité et la mutité sont partielles. Il entend les bruits forts, pousse quelques sons inarticulés, lit et écrit quelques mots. Il connaît l'usage de nombreux objets. L'attention est très mobile. Pas de débilité motrice. Puberté en cours, la pilosité pubienne est ébauchée.

Une première tentative de placement échoue : Serge, le soir même, se sauve. La nourricière n'avait fait aucun effort pour l'acclimater.

Le 22 février 1932, nous le plaçons dans une famille de cultivateurs simples, mais dévoués, habitant un hameau des environs. Serge s'habitue, ne s'occupe pas, mais accompagne le nourricier aux champs ; parfois il se met à courir dans les chemins, de toutes ses forces, quelques centaines de mètres, parfois aussi il pourchasse les bestiaux ou les volailles. Sa turbulence demeure sans méchanceté.

Son acuité visuelle, sa curiosité pour de petits détails lui valent une mésaventure : il est le premier à distinguer, dans le lointain, l'incendie d'un bois. Il y court à toutes jambes... et se trouve accusé par les paysans d'avoir allumé le feu qu'il s'efforçait d'éteindre, en le piétinant, insouciant du danger. L'enquête n'eut pas de peine à établir son innocence.

Placé dans le bourg d'Ainay, en avril 1932, il s'y promène, puis dès juillet 1932 fait quelques courses. Ce sont bientôt des progrès nets de la mimique, de la compréhension avec ses semblables. Serge devient moins farouche et craintif. Il se montre calme, gentil, câlin. En 1933, il est sans cesse occupé, lave les planchers, aide à décharger les voitures, scie du bois. Il s'oriente bien, circule sans encombre dans les rues. Depuis 1934, il fait le ménage chez des clients attitrés. Il est en bons termes avec tout le monde. Par contre, il est resté puéril, espiègle, farceur, à l'affût des baraques foraines ; il est alléché par les réclames de marchands d'attrapes (Fou Rire, Record du Rire) et pendant un temps y dépensait tout son argent. Néanmoins il économise le montant du voyage annuel qu'il fait dans sa famille à Paris.

Les tests de Binet et Simon, difficiles à appliquer dans ce cas, font entrevoir un développement inégal mais assez étendu de l'intelligence. Serge compte la monnaie en centimes, mais ne sait pas la rendre. Il connaît les dates et suit, sur son calendrier, les fêtes à souhaiter. Il interprète à sa façon les images, écrivant certains mots, en ébauchant d'autres, complétant du geste. Devant *le déménagement*, il écrit : « Paris, P.-O., P.-L.-M. », dit « le train », montre du doigt le lointain... Pour *le prisonnier*, il prend un air grave, écrit : « Ici. Loi. R.F. » ; il comprend le sens des figures.

Le développement physique s'est accentué. Le poids passe de 59 à 67 kg. La puberté est complète.

©BIUM

Il s'agit ainsi, chez notre jeune sourd-muet, d'une *maturation de la conduite.* A 19 ans, il se comporte comme un animal sauvage lâché à travers champs. Trois ans plus tard, c'est un jeune homme, puéril encore à bien des points de vue, — nous reviendrons, un autre jour, sur le psychisme des débiles sourds-muets, — mais assez discipliné pour tenir un rôle utile dans le cadre social.

II. Troubles moteurs. — Une seconde catégorie de faits concerne la régression de l'hypertonie diffuse qui constitue la débilité motrice, et dans la vie pratique, la maladresse ; parfois, chez les porteurs de graves séquelles des encéphalopathies de l'enfance, l'amélioration paraît intéresser plus spécialement certains éléments du tableau clinique.

Camille Cl..., né le 17 septembre 1908. *Hydrocéphalie avec imbécillité.* Interné à 4 ans pour « hydrocéphalie avec retard considérable de développement intellectuel, crises épileptiformes, inconscience, méchanceté à l'égard des siens (Jules Renault), Camille, de Bicêtre, passe à la Colonie de Vaucluse en 1922 : « Idiotie hydrocéphalique » (Th. Simon).

En 1927, à 19 ans, son apathie, sa lenteur motrice sont extrêmes. Il reste debout, inerte, oisif, à peine semble-t-il voir ce qui se passe autour de lui. L'absence d'attention est telle que la surdité paraît presque complète. La parole est rare et difficile. Le niveau mental, stable depuis 1922, se tient, suivant les examens, entre 3 ans 9 mois et 4 ans 4 mois. Les réflexes tendineux existent (rotuliens vifs), les réflexes de posture sont très prolongés. Pas de syncinésies, pas de tremblement, pas de troubles de l'équilibre, aucun signe de la série cérébelleuse. Mais une grande plasticité, une conservation très prolongée, consciente des attitudes. Réflexes photomoteurs très lents, forte mydriase habituelle. Réflexes cutanés tous plus faibles à gauche.

Crâne d'hydrocéphale (67 cm. de tour), coxa vara gauche, souffle mitral systolique. Puberté normale.

Transféré à Ainay le 18 mai 1932, à 23 ans, Camille se montre *plus actif,* bien que toujours lent, ne parlant pas spontanément. Il balaie, puise l'eau, roule des brouettes. Il manque d'initiative, de continuité dans l'effort ; il ne joue pas.

La *persistance des attitudes* (2 octobre 1935) *est très réduite,* les *réflexes photomoteurs sont nets et assez rapides,* il n'y a plus de mydriase. Camille n'est pas sourd, perçoit les questions, comprend tout de suite les ordres, les exécute sans hésiter. Le niveau mental est de 4 ans 8 mois : la répétition se borne toujours à deux syllabes, à deux chiffres, la comparaison à deux lignes, le compte des monnaies à 13 sous. Camille n'a aucun trouble de l'humeur, aucune crise convulsive.

©BIUM

Entre 19 et 25 ans s'est donc produit chez cet hydrocéphale un développement limité, mais appréciable, de l'activité générale en même temps que s'atténuait l'inertie de posture. Dans le cas suivant, celui d'un débile atteint d'hémiplégie infantile spasmodique, la régression porte sur les spasmes qui accompagnaient la dysphasie ainsi que sur la débilité motrice.

Lucien S..., né en 1907. *Débilité mentale avec hémiplégie spasmodique droite.*

Nous avons présenté ce malade en avril 1928 à la Société Clinique de Médecine Mentale, alors qu'il avait 20 ans, en raison de la *Dysphasie*, à type extrapyramidal, très particulière : initiale, « solennelle », cette dysphasie s'auréolait de tout un cortège de troubles moteurs, viscéraux, sécrétoires. Le corps se fixait, la tête se renversait en arrière, s'ébranlait à plusieurs reprises, les muscles du cou se tendaient, la bouche s'ouvrait sans qu'un son soit émis, puis c'était une parole explosive, avec répétition multiple de la première syllabe. Cependant la transpiration perlait sur la moitié droite du visage, la respiration se faisait haletante, la main droite s'agitait d'un tremblement.

La maladresse de Lucien était très grande. Les réflexes tendineux étaient tous vifs, très vifs à droite, les réflexes de posture locale très amples et très prolongés, la débilité motrice accentuée.

Tous ces phénomènes sont aujourd'hui bien diminués : le bégaiement persiste, mais ne s'accompagne plus de la dystonie cervico-faciale, ni de sudation. Les réflexes tendineux sont normaux à gauche, vifs seulement à droite. La raideur posturale persiste sans paratonie vraie, la syncinésie des poings, nette à droite, n'est plus qu'ébauchée à gauche. Le tremblement lingual et digital a disparu : seuls apparaissent encore, dans l'attitude du serment, quelques mouvements sur place des doigts de la main droite. L'adresse de la main gauche est suffisante pour que Lucien puisse, par exemple, scier du bois sans danger.

Le niveau mental (9 ans en 1928, 9 ans 6 mois le 5 octobre 1935) n'a pour ainsi dire pas bougé. Pas de troubles du caractère.

Chez plusieurs autres jeunes gens moins gravement atteints, nous avons noté, aux mêmes âges, l'atténuation des signes de la débilité motrice : paratonie, syncinésie, vivacité des réflexes tendineux, ainsi que du tremblement de la langue et des doigts, de la maladresse dans l'adaptation des fonctions motrices aux actes élémentaires de la vie.

III. Enurèse. — Prosper Merklen a trouvé l'énurèse bien souvent jointe à la débilité motrice. Elle aussi est susceptible de régresser entre 16 et 25 ans.

©BIUM

Aristide D... est interné pour la seconde fois à 15 ans, le 11 octobre 1928, pour arriération physique et mentale, incapacité scolaire, incapacité d'apprentissage, fugues, vols, menaces, chétivité générale, maladresse motrice.

Les troubles du caractère et l'état physique se sont améliorés. Aristide est maintenant un grand garçon en bonne santé, un peu mou et apathique, suggestible, travaillant par intervalles à la culture. Débilité motrice légère, tremblement des mains étendues, réactions vaso-motrices prolongées.

L'incontinence nocturne des urines était habituelle en août 1929 ; intermittente en 1932 ; rare en 1934, elle n'a plus été constatée depuis le début de 1935. Aristide a maintenant 22 ans.

Chez un autre débile profond, Marcel H., né en 1894, observé à la Colonie depuis 1906, l'incontinence a disparu entre 1913 et 1919, c'est-à-dire entre 19 et 25 ans.

IV. L'ÉPILEPSIE. — Voici enfin 4 cas dans lesquels les manifestations convulsives de l'épilepsie, au cours de l'adolescence, se sont espacées pour disparaître définitivement.

— Robert L.... *Débilité mentale avec épilepsie.* Né en 1906.

Convulsions à 6 mois. Crises épileptiques depuis l'âge de 10 ans : elles étaient, dit-il, très fréquentes, presque quotidiennes.

Interné à trois reprises à 11 ans, à 16 ans, enfin à 17 ans, le 5 octobre 1923, pour « débilité mentale avec épilepsie, troubles mentaux consécutifs aux accès, crises de colère » (Marchand).

Le 17 août 1925, Trénel signale deux à trois crises par mois, pas de délire convulsif, quelques disputes sans gravité, gardénal 0,20.

A Chézal-Benoît, Robert présente surtout des vertiges. La dernière crise convulsive a lieu le 20 août 1931. Il a 25 ans.

A Ainay depuis le 4 mai 1933, on ne remarque aucune manifestation comitiale. Robert, très calme, partage l'existence de ses nourriciers. Le gardénal a été ramené à 0,15 cg. en janvier 1934, puis à 0,10 cg.

— Ch. de L... Christian, né en 1907. *Débilité mentale avec épilepsie.* Interné le 22 août 1930 pour épilepsie avec crises convulsives et équivalents psychiques, vertiges, colères impulsives, dépression, bradypsychie, fugues à caractère impulsif mais mnésiques, tentative de suicide.

A Ville-Evrard, les crises sont très rares.

A la Colonie depuis le 21 juillet 1931, aucune crise, aucun équivalent. Jeune homme calme, de caractère parfois un peu sombre, s'occupe régulièrement. Pas de médication actuelle.

— André D..., né en 1909. *Imbécillité avec épilepsie.* Interné en 1911 à Bicêtre : crises convulsives fréquentes. A Vauclaire, de 1925 à 1930 : crises convulsives constatées. A Villejuif (1930-1932) : crises très rares ; gardénal 0,20.

©BIUM

A Ainay depuis le 11 février 1932, gardénal 0,10, supprimé en 1933. Aucune crise.

Palais ogival. Débilité motrice. Tendances scléreuses.

— Jean Le C..., né en 1906. *Débilité mentale avec épilepsie.*

Convulsions à 2 ans, crises à partir de 8 ou 9 ans. Interné de 1920 à 1923, puis le 4 janvier 1926 : « Débilité mentale avec épilepsie, instabilité, fugues conscientes, vagabondages multiples » (Marchand). Les crises, fréquentes au début, sont devenues très rares en 1931 (25 ans). Depuis le 13 octobre 1931, aucune n'a été constatée. Jean travaille régulièrement. Son caractère est resté désagréable, jaloux, grossier, autoritaire.

Précisons la signification des faits que nous venons de rapporter. Il ne s'agit pas d'isoler une période propice à des guérisons d'un caractère spécial, mais seulement d'indiquer la *possibilité d'améliorations tardives dans la phase ultime de la croissance et du développement du système nerveux.* Ce sont les derniers efforts réparateurs en présence des séquelles cicatricielles de l'encéphalopathie ancienne.

Aussi bien n'avons-nous retenu que des modifications motrices, psycho-motrices ou intellectuelles traduisant un progrès dans l'intégration des fonctions corticales. Nous avons éliminé notamment les troubles de la conduite des adolescents pervertis, dans la genèse desquels les facteurs psychologiques et sociaux jouent un rôle prépondérant.

Ainsi délimités, ces faits présentent un double intérêt, théorique et pratique. D'une part, c'est qu'*on ne peut guère apprécier l'état adulte définitif d'un débile ou d'un imbécile que vers l'âge de 25 ans.* G.-Paul-Boncour (1) a signalé les améliorations de la période pubertaire, même lorsque celle-ci tarde jusque vers 17 ou 18 ans. Nous nous attachons à montrer qu'*au-delà de la puberté,* et jusque vers 25 ans, des progrès sont encore possibles. Il faut donc pousser, jusqu'à un âge plus avancé qu'on ne le fait en général, l'exploration neuro-psychiatrique pour embrasser dans son entier la période de réparation spontanée. Par ailleurs, au point de vue pratique, on voit, qu'en dépit de la coupure administrative qui fait un peu vite de nos arriérés des adultes, ceux-ci longtemps encore demeurent adolescents..: Les parents ne doivent pas se hâter de les retirer des établissements spéciaux, ils éviteraient des échecs en ne les reprenant qu'au moment où l'évolution naturelle, bien dirigée, a porté tous ses fruits. Et,

(1) G. PAUL-BONCOUR. — La puberté chez les anormaux. *Congrès des Aliénistes,* Strasbourg, 1920.

©BIUM

pour nous, cette notion fait entrevoir l'utilité de prolonger l'effort médico-pédagogique pour mettre en valeur les possibilités tardivement acquises.

M. Brissot. — Ces cas sont très intéressants. Ils prouvent l'intérêt qu'il y aurait à reculer l'âge légal du maintien des sujets au-delà de 18 ans dans les établissements médico-pédagogiques comme la colonie de Vaucluse, où j'ai cependant réussi à en garder quelques-uns au-delà de 20 ans et même jusqu'à 30 ans. Théoriquement, à 18 ans, il faut les rendre à la famille ou les interner à l'asile, et toute permission est supprimée à ceux qui ont été placés d'office à la colonie.

J'ai pu remarquer à la colonie que le départ de l'école et le passage dans les ateliers où les travaux agricoles sont sans effet sur les épileptiques et les imbéciles profonds. Ils sont excellents pour les enfants, qui, intellectuellement peu atteints, n'ont presque que des troubles du caractère. Aussitôt, ils perdent leur turbulence, leur agressivité et deviennent sociaux. C'est l'effort d'attention nécessaire pendant les heures de classe et le surmenage intellectuel qui conditionnaient les troubles de leur caractère.

M. Dublineau. — L'âge officiel limite des enfants de l'Institut médico-pédagogique d'Armentières est de 16 ans. On doit alors mettre les familles en demeure de reprendre l'enfant ou de l'interner à l'asile. C'est insuffisant. Il faudrait pouvoir reculer cette limite jusqu'à 21 ans au moins.

M. René Charpentier. — Pour ces enfants, dont parle M. Brissot et dont la scolarité semble augmenter la turbulence, il paraît d'une bonne pratique, ainsi qu'il est procédé à l'Ecole Théophile-Roussel, à Montesson, de partager les heures de travail entre les heures de classe et les heures d'atelier ou de travail manuel extérieur. On se rend compte ainsi que ce n'est pas seulement l'attention de l'enfant qui est en cause. A l'atelier du fer, ou à l'atelier du bois, l'attention de l'enfant est nécessairement aussi soutenue, ou presque, qu'en classe. Mais la classe suppose, en plus de l'effort nécessaire à soutenir l'attention, un effort d'immobilité particulièrement difficile et pénible à certains sujets et à beaucoup d'enfants. C'est cet effort d'immobilité motrice, difficile à soutenir, dont les enfants se détendent souvent si bruyamment après les heures de classe. A l'atelier, où l'attention doit rester grande lorsqu'il s'agit de travaux délicats et d'apprentis inexpérimentés, l'élément moteur est mis en jeu, et c'est sans doute pour cela que les enfants supportent mieux ce travail.

©BIUM

Il est à remarquer d'ailleurs que cette façon de faire est loin de nuire aux résultats scolaires. A l'Ecole Théophile-Roussel, sur 46 enfants présentés en 1933 au certificat d'études primaires, 46 ont été reçus, dont 24 avec mention Bien et 2 avec mention Très Bien. Or cet Etablissement, dont on ne saurait trop conseiller à nos collègues la visite très instructive, peut, normalement, contenir 340 enfants environ.

Je me permets de signaler à ce propos combien il est regrettable que tous ces établissements pour enfants anormaux, et quel que soit l'âge auquel ils sont obligés de se séparer des jeunes sujets qui leur sont confiés, ne puissent continuer à suivre ces sujets et à veiller sur eux lorsqu'ils sont placés ou rendus à leur famille. Ils le font dans la mesure où ils le peuvent, mais une organisation d'assistantes sociales, spécialement éduquées et en nombre suffisant, serait d'une nécessité absolue pour consolider et compléter les résultats obtenus souvent fort intéressants.

M. Ceillier. — Cela serait également nécessaire pour la surveillance des enfants qui ont passé devant les tribunaux et qui ont été confiés à des patronages. On a maintes fois, pour cela, formulé des vœux qui sont toujours restés sans résultat, hélas !

M. René Charpentier. — Assurément. D'ailleurs, une partie des enfants de l'Ecole Théophile-Roussel viennent également des tribunaux pour enfants.

M. Fribourg-Blanc. — La même carence d'un organisme d'adaptation sociale se fait sentir pour les militaires, à l'égard des imbéciles et déséquilibrés réformés à leur arrivée au régiment.

M. Minkowski. — L'intérêt d'un tel organisme n'est pas simplement social, il est aussi scientifique. Il faut pouvoir suivre l'évolution des sujets que l'on a traités comme arriérés pendant leur enfance. Il est d'autant plus important de connaître le milieu où ils auront à vivre ensuite, que les troubles du caractère de tout individu ne sont en grande partie que des réactions envers autrui. Au foyer de Soulens, près Brunoy, nous ne gardons les enfants que jusqu'à 13 ans et nous avons les plus grandes peines à savoir ce qu'ils deviennent ensuite.

M. Th. Simon. — Il faut, dans le déterminisme de ces améliorations retardées, distinguer deux facteurs : le facteur biologique est celui du retard de la maturité qui peut se faire attendre jusqu'à 20 ans passés ; le facteur social est le changement de

©BIUM

milieu constitué par l'éloignement du milieu néfaste d'enfants également arriérés, qui s'excitent les uns les autres, et l'introduction dans le milieu bienfaisant des adultes normaux.

Le fait de vivre la vie réellement et de la pratiquer, amène un développement intellectuel que n'avaient pas pu amener les exercices théoriques de l'école. Et tel enfant, rebelle dans sa classe aux calculs élémentaires, arrive rapidement à un usage correct de la monnaie dès qu'il peut acheter lui-même ce qu'il désire.

L'amélioration tardive des syndromes mentaux congénitaux n'est pas plus surprenante que celle des syndromes neurologiques congénitaux comme celui de Little qui, parfois, ne s'améliore que chez l'adulte.

La communication de M. Vié est très intéressante, car les faits qu'il apporte nous prêchent l'optimisme. Ils doivent nous faire conclure à la nécessité de prolonger le traitement médico-pédagogique des arriérés bien au-delà de l'adolescence.

M. René CHARPENTIER. — Puisque tous ici sont d'avis que l'organisation d'une assistance post-hospitalière s'impose et que le nombre des assistantes sociales est notoirement insuffisant — lorsqu'il en existe — pour suivre les sujets, enfants ou adultes, sortis d'établissements d'assistance ou de traitement médico-pédagogique, il serait utile de laisser cette question à l'ordre du jour de la Société. Je propose à la Société de désigner une *Commission* chargée de déposer un *rapport* sur ce sujet à la séance du *lundi 27 janvier 1936*.

M. Th. SIMON. — Je mets aux voix la proposition de M. René Charpentier.

Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents.

Sont désignés pour faire partie de cette Commission : M. Th. SIMON, *président*, MM. BRISSOT, DEMAY, CEILLIER, H. CLAUDE, FRIBOURG-BLANC, HEUYER, RAVIART.

Sont adjoints à la Commission : MM. DUBLINEAU et VIÉ.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des séances :
Paul COURBON et Paul ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 7 Novembre 1935

Présidence : M. André BARBÉ, président

Mort en état de mal épileptique avec obstruction du tronc basilaire et de ses branches dans un cas d'hydrocéphalie interne, par MM. BARBÉ et BRIZARD.

MM. Barbé et Brizard rapportent un cas d'hydrocéphalie chez une hérédo-syphilitique dont le père avait une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang. Le décès est survenu à la suite de crises d'épilepsie Bravais-Jacksoniennes subintrantes. Le tronc basilaire était induré, ligneux et tous les vaisseaux dilatés ainsi qu'on pouvait le voir à la coupe. C'est cette dilatation qui a paru intéressante aux auteurs pour en montrer le rôle possible dans la genèse de certaines crises comitiales.

Considérations anatomo-cliniques sur un cas de polio-encéphalite aiguë chez un enfant, par MM. G. GUILLAIN, P. MOLLARET et I. BERTRAND.

Les auteurs rapportent l'observation d'un enfant de 8 ans, qui a présenté un tableau d'encéphalite aiguë mortelle en 4 mois. Le début fut marqué par quelques troubles de l'attention puis apparurent une aphasie de Wernicke, des troubles de la déglutition et un syndrome hypomaniaque. A un stade ultérieur se constitue un syndrome catatonique, puis un état d'hypertonie généralisée, sans signes pyramidaux, ni extra-pyramidaux. Dans la dernière semaine, l'enfant présenta une dysphagie absolue, une

©BIUM

sudation et une sialorrhée considérable, des contractions cloniques rythmées des membres, enfin des crises jacksoniennes avec hyperthermie à 42°2.

Anatomiquement existaient des périvascularites lymphocytaires et plasmocytaires du cortex et de la calotte du mésocéphale, ainsi que des lésions cellulaires dégénératives intenses. Au contraire, les altérations myéliniques sont nulles et les réactions névrogliques réduites au minimum ; à noter des lésions considérables du complexe olivaire, ayant peut-être joué un rôle dans l'hypertonie du sujet.

La nature infectieuse de ce processus paraît prouvée par l'état subfébrile persistant, mais toutes les recherches biologiques furent négatives, à l'exception d'un élargissement progressif de la précipitation du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien.

Discussion. — M. André Thomas. — Il serait intéressant de savoir quels étaient les caractères cliniques exacts de cette hypertonie.

M. Mollaret. — Elle était très difficile à vaincre, sans caractères pyramidaux ou parkinsoniens, sans qu'on puisse penser plus.

M. Guillain. — Il faut surtout noter que la réaction du benjoin de notre malade se trouve dans les maladies parasitaires.

Hydrocéphalie provoquée par une lésion systématisée des plexus choroïdes d'aspect tuberculoïde et d'origine indéterminée, par MM. Georges Guillain, Ivan Bertrand et Jean Lereboullet.

Observation anatomo-clinique d'une malade de 34 ans qui présentait un syndrome d'hypertension intracranienne avec vertiges, céphalée, vomissements, troubles visuels, rappelant la symptomatologie des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure. L'examen anatomique permit d'attribuer ces troubles à d'importantes lésions des plexus choroïdes ayant leur maximum au niveau du quatrième ventricule et conditionnant une notable hydrocéphalie. Malgré l'aspect tuberculoïde de ces lésions, la tuberculose peut être éliminée ; par contre, les nodules folliculaires et les cellules géantes sont centrés par des formations arrondies et polycycliques d'origine vraisemblablement infectieuse ou parasitaire que les auteurs n'ont pu rattacher à aucune étiologie connue.

Étude anatomoclinique sur un abcès mycosique du lobe frontal, par MM. Georges Guillain, Ivan Bertrand et Jean Lereboullet.

Ces auteurs rapportent l'observation d'une malade qui avait présenté un syndrome de la fente sphénoïdale du côté droit s'étant traduit par de l'exophtalmie, une ophtalmoplégie totale avec abolition complète de la vision et atrophie optique, une anesthésie intéressant les branches ophtalmique et maxillaire supérieure du trijumeau ; on constatait aussi un léger syndrome pyramidal gauche. L'autopsie permit de reconnaître l'existence d'un abcès froid du lobe frontal et d'un volumineux placard de méningite recouvrant la pointe du lobe temporal et la partie postérieure du lobe orbitaire. L'examen histologique montra que ces lésions, malgré leur aspect macroscopique, n'étaient pas d'origine tuberculeuse, la présence de nombreux filaments mycéliens à double contour permet de déceler une mycose, vraisemblablement de nature aspergillaire.

©BIUM

Sur une affection dégénérative pallidodentelée se traduisant par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et un syndrome terminal, par MM. G. GUILLAIN, I. BERTRAND et L. ROUQUES.

MM. Guillain, I. Bertrand et L. Rouques présentent un cas de tétanie d'origine cérébrale discutable. Il s'agit d'un jeune homme de 15 ans présentant des crises comitiales surajoutées à des crises de tétanie typiques. Au début, il n'y avait ni signes pyramidaux, ni signes d'hypertension cranienne. L'apparition tardive de ces derniers incita les auteurs à opérer. L'étude anatomique montra des parathyroïdes normales, mais par contre des lésions cérébrales. Il n'y avait pas de tumeur, ni de méningite séreuse, mais des concrétions au niveau de la région frontale et du globus pallidus, prenant bien l'hématéine ainsi que la coloration du fer. Au niveau de la frontale ascendante on constatait un nodule de démyélinisation d'aspect pseudo-mycélien.

Discussion. — M. LHERMITTE accepte volontiers l'interprétation des auteurs car il a rencontré et décrit de semblables lésions qui sont en vérité pseudo-calcaires. Souvent il s'agit d'une substance lipoïde ou colloïde. Les lipoïdes se surchargent de chaux, puis de fer. Ce phénomène est assez fréquent au niveau du globus pallidus et du noyau dentelé. Ce fait est intéressant puisqu'à l'état normal, chez l'enfant, le fer s'amasse dans le globus pallidus. Il s'agit probablement d'un processus dégénératif. La question, intéressante, mais discutable, qui se pose, c'est de savoir sur quels éléments se fixent ces substances. S'agit-il des capillaires ou bien des cylindraxes ? M. Lhermitte pense qu'il s'agit plutôt des vaisseaux.

Il y a des cas, en effet, où l'on voit bien le réseau capillaire dans lequel ces formations sont incrustées, mais il peut s'agir parfois aussi des cylindraxes.

M. GUILLAIN ne croit pas qu'il s'agisse ici d'une dégénération banale, mais d'un syndrome spécial qu'il présente comme cas d'attente.

Un cas d'amyotrophie spinale syphilitique,
par MM. J.-A. CHAVANY et J. LEMANT.

Les amyotrophies spinales vraiment syphilitiques sont relativement rares. Dans le présent cas un homme de 66 ans se voit frappé d'une paralysie radiculaire supérieure du bras gauche (type Duchenne-Erb) survenue brusquement en décembre 1934. Puis il se met à souffrir de son épaule gauche et quelques mois après la racine de son membre supérieur gauche s'amaigrit. En septembre 1935, atteinte beaucoup plus discrète de la racine de son bras droit. Signe de Babinski à gauche. Bordet-Wassermann fortement positif dans le sang. Réaction méningée biologiquement appréciable avec Bordet-Wassermann négatif.

Les auteurs soulignent l'intérêt sémiotique de la triade de Brissaud qui se retrouve dans leur observation : *début relativement aigu de l'affection, précession de la paralysie sur l'atrophie, existence de douleurs.* Ils insistent sur *un accrochage du lipiodol* au niveau de la lésion spinale, accrochage qui vient objectiver l'importance de la méningite dans de tels cas qui sont anatomiquement des *méningo-myélites à point de départ vasculaire* et constituent comme des formes ébauchées de la pachyméningite cervicale hypertrophique syphilitique.

©BIUM

Observation d'un tubercule cérébral de la région pariétale enlevé chirurgicalement, par M. Paul SCHMITE.

L'auteur rapporte l'observation d'une malade présentant une hémiplégie gauche avec crises d'épilepsie Bravais-Jackson et gros syndrome d'hypertension intracranienne. L'opération permit l'ablation d'un tubercule du volume d'une grosse noix. Trois mois après l'intervention, la malade conserve son hémiplégie, mais les crises comitiales, les signes d'hypertension ont disparu et l'état général s'est considérablement amélioré.

Tumeur frontale sans signes de localisation,
par MM. Th. de MARTEL et GUILLAUME.

MM. Th. de Martel et Guillaume présentent un cas de tumeur du lobe frontal droit diagnostiquée par la ventriculographie. Le malade présentait de la céphalée, mais aucun signe neurologique, ni psychique.

A propos de deux cas de tumeurs du cervelet,
par MM. Th. de MARTEL et GUILLAUME.

MM. Th. de Martel et Guillaume rapportent les cas de deux malades qui présentèrent des algies cervicales, sans trouble de la sensibilité objective, ni signe pyramidal, auxquelles fit tardivement suite un syndrome banal de la fosse cérébrale postérieure. Ils insistent sur la difficulté diagnostique au début entre une tumeur cervicale haute et une tumeur du cervelet intéressant l'amygdale.

Débilité congénitale avec hypertonie et paratonie, opposition et négativisme; séméiologie des réactions de blocage, par M. P.-R. BIZE.

M. P.-R. Bize relate l'observation d'une jeune fille de 14 ans qui présente : 1) une hypertonie particulière sous forme d'hypo-extensibilité des fléchisseurs ; 2) des réactions paratoniques ; 3) des réactions d'opposition avec refus systématique, négativisme, fugues.

Cette observation pose une série de problèmes, en particulier celui des liens qui peuvent réunir entre eux ces différents éléments.

Syringomyélie avec chéiromégalie. Rôle des traumatismes. Sensations de décharge électrique, par MM. LHERMITTE et Auguste NEMOURS.

Observation d'un homme de 53 ans dont les mains hypertrophiées ressemblent à celles d'un acromégale. Ici l'hyperplasie porte tout ensemble sur les parties molles et le squelette. Les os des doigts et du métacarpe sont engainés par une gangue périostée hérissée de rugosités et de soufflures. Les troubles sensitifs remontent à la jeunesse alors que les perturbations motrices sont d'apparition récente. C'est grâce à l'absence de sensibilité douloureuse que le malade a été la victime d'accidents nombreux et violents : ceux-ci ne peuvent être incriminés à l'origine du processus syringomyélique. Des troubles sensitifs grossiers témoins d'une grave lésion

©BIUM

spinale centrale peuvent donc exister pendant plus de 30 ans sans s'accompagner d'aucune autre perturbation, car chez ce malade la force musculaire resta particulièrement développée jusqu'à la cinquantaine.

Enfin le signe des sensations de décharges électriques irradiées de la nuque aux pieds, comparable sinon identique à celui que Lhermitte a décrit dans la commotion cervicale et la sclérose en plaques, montre bien l'origine médullaire de la perturbation sensitive.

Syndrome de Tapia chez un traumatisé,
par MM. Villaret, Haguenau et Vernet.

MM. Villaret, Haguenau et Vernet présentent un malade qui, après un traumatisme au niveau du larynx, consulta pour des troubles de la phonation et de la déglutition. A l'examen, on remarque une paralysie de l'hypoglosse avec déviation de la langue et paralysie récurrentielle. Il n'y avait aucune atteinte du voile et du constricteur du pharynx ; pas davantage de troubles sensitifs. Il s'agissait donc d'un syndrome de Tapia que les auteurs présentent en raison de sa rareté et de sa pureté, car il est souvent associé à un syndrome de Jackson. Ils rappellent en outre que le syndrome est toujours périphérique, alors que le Jackson peut être l'un et l'autre.

Les réflexes antagonistes chez les parkinsoniens,
par MM. Tinel, Fourestier et Friedmann.

La percussion du tendon rotulien provoque, chez les parkinsoniens, en même temps que la réponse du quadriceps crural, une forte contraction des muscles antagonistes, biceps, demi-tendineux et demi-membraneux.

C'est un phénomène de *diffusion intra-médullaire* du réflexe rotulien, exagération démesurée de la propagation normale d'un réflexe aux centres médullaires voisins du centre interrogé. Il révèle, chez le parkinsonien, un état d'*hyperexcitabilité anormale des muscles antagonistes*, telle que leur réponse au réflexe rotulien est, à l'enregistrement graphique, beaucoup plus forte que la réponse même du quadriceps crural.

Si l'on provoque une sommation de ces excitations, en percutant plusieurs fois le tendon rotulien à un rythme relativement lent, de deux ou trois par seconde, on obtient facilement un véritable *myotonus* avec contraction persistante, qui traduit de même l'hyperexcitabilité anormale des muscles antagonistes.

Mais, contrairement à cette hyperexcitabilité spéciale des muscles postérieurs à l'excitation diffusée du réflexe rotulien, on est surpris de voir qu'interrogés directement, ces muscles ne manifestent pas la même exagération de leur excitabilité propre. Leur excitabilité faradique est normale.

Ils ne présentent une excitabilité anormale que dans leur fonction d'antagonistes ; lorsqu'ils jouent le rôle d'agonistes, ils montrent au contraire une excitabilité normale.

Cette hyperexcitabilité spéciale des muscles dans leur fonction d'antagonistes, se manifestant par leur réponse excessive à la diffusion du réflexe agoniste, est constante dans la rigidité parkinsonienne.

C'est, comme l'exagération des réflexes de posture, un véritable test d'une perturbation extra-pyramidale.

©BIUM

Si tous les muscles présentent ces réactions spéciales au parkinsonisme, on constate cependant que tous les muscles ne sont pas également parkinsoniens.

La perturbation parkinsonienne est plus marquée sur certains groupes musculaires, dans la mesure sans doute où la fonction antagoniste de ces muscles est plus habituelle, et sans doute aussi dans la mesure où est plus importante leur innervation extra-pyramidale.

Sur un cas de myoclonies rythmiques continues, déterminées par une intervention chirurgicale sur le tronc cérébral, par MM. DELMAS-MARSALET et L. van BOGAERT.

MM. Delmas-Marsalet et L. Van Bogaert rapportent l'examen anatomique d'un parkinsonien ayant présenté, à la suite d'une intervention sur le noyau dentelé cérébelleux, des myoclonies rythmiques et continues, hémiplégie dans le membre inférieur homolatéral et nystagmus rotatoire. L'examen anatomique montre une lésion de la calotte protubérantielle. L'atteinte du faisceau central de la calotte produit un gonflement des cellules olivaires du côté opposé. En outre, atteinte du noyau de Deiters et du noyau triangulaire. Les auteurs discutent le rôle du faisceau central de la calotte et de l'olive dans la production des myoclonies.

Anorexie dite mentale et hypophyse, par MM. COSSA et BOUGEAUT (Nice).

Relation d'un cas d'anorexie dite mentale, traitée par des injections de lobe antérieur d'hypophyse, et où l'on observe une augmentation de poids de 13 kg. 1/2 en dix-sept jours.

Symptomatologie précoce d'une tumeur comprimant le plancher du IVe Ventricule, par MM. J.-A. BARRÉ, Jean MASSON et A. CHARBONNEL.

A l'examen d'un enfant de 9 ans, amené pour « crises épileptiques », les auteurs concluent au premier examen qu'il s'agit de crises nerveuses vestibulaires avec dérobement des jambes et perte de connaissance. Malgré l'absence de tout signe clinique de perturbation vestibulaire, l'examen instrumental et pratique décela une aréflexie calorique bilatérale.

Sur ces deux seuls signes, auxquels s'adjoignaient une hyporéflexie tendineuse d'un membre inférieur, quelques céphalées occipitales et des douleurs épigastriques, l'hypothèse de lésion comprimant le plancher du IVe ventricule est faite.

En septembre, l'enfant a une latéropulsion gauche nette, sans nystagmus ni vertige, mais il titube, sa tête s'incline sur l'épaule gauche, il a des signes cérébelleux légers des deux côtés ; l'aréflexie calorique bilatérale existe toujours, et l'hyporéflexie voltaïque s'y est jointe ; l'épreuve rotatoire est toujours normale, les céphalées sont devenues frontales ; la stase papillaire est apparue. Sans pratiquer la ponction lombaire qui pouvait être dangereuse, les auteurs adressent le sujet au Dr Clovis Vincent pour ablation d'une tumeur du IVe ventricule. Celle-ci, un astrocytome assez volumineux avec prolongement dans le cervelet, est enlevée.

©BIUM

Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a à ne pas méconnaître l'origine vestibulaire de certaines crises qualifiées trop facilement d'épileptiques, parce qu'elles peuvent s'accompagner de perte de connaissance, et à pratiquer dans ces cas l'examen vestibulaire instrumental, sans qu'aucun signe clinique (nystagmus, etc., etc.) n'y invite. Ils croient apporter une contribution au diagnostic précoce des tumeurs du IVe ventricule, dont quelques-unes sont facilement enlevables et susceptibles de guérir complètement quand elles sont reconnues et opérées à temps.

Psychose polynévritique de Korsakoff au cours d'une tuberculose lymphoganglionnaire évolutive suppurée, par M. L. BETHOREN.

L'auteur rapporte ce cas dans lequel l'interrogatoire minutieux du sujet et de son entourage, les enquêtes approfondies pratiquées dans le quartier par une infirmière sociale, ont permis d'éliminer le rôle de l'alcoolisme dans la génèse du syndrome présenté.

Deux cas de Neuro-fibromatose chez le bœuf,
par MM. Ivan BERTRAND, L. BLANCHARD et R. VEDEL.

Etude anatomique de deux cas de neurofibromatose chez le bœuf. Prédilection sur les nerfs intercostaux, les cordons sympathiques, thoraco-abdominaux, plexus brachiaux.

Les nodules tumoraux sont des neurinomes partiellement neurotisés, sans nodules palissadiques, ni dégénérescence microkystique.

Neuro-épithéliome intercostal chez le cheval,
par MM. Ivan BERTRAND, L. BLANCHARD et R. VEDEL.

Tumeur primitive d'un nerf intercostal chez le cheval, à type de neuro-épithéliome. Malgré l'absence de mitoses et de monstruosités nucléaires, métastases spléniques, rénales, hépatiques.

Maurice LECONTE.

©BIUM

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 21 Novembre 1935

Présidence : M. LAHY, président

L'appréhension des figures géométriques, par M. P. GUILLAUME.

A l'occasion de leçons de géométrie plane données à des débutants, *M. P. Guillaume* a fait d'intéressantes remarques sur l'appréhension des figures géométriques et les difficultés qu'elle comporte. Assez vite dépassées sont celles qui tiennent à « l'orientation absolue » par rapport à laquelle sont dénommées certaines notions, comme celles de longueur, largeur, hauteur. La plupart des difficultés ont pour cause la nécessité d'un « remaniement figural » qui met au premier plan de la perception ce qui n'était que le « fond » ou qui décèle la persistance de l'identité d'un élément malgré son passage d'un système à un autre. En ce sens, « l'intuition », au sens propre, joue un rôle primordial dans la géométrie. Primordial mais initial, car très vite, même dans la géométrie euclidienne, apparaissent la nécessité du calcul et d'un raisonnement auquel sont subordonnées les transformations figurales.

L'auteur rapproche cette intervention de la pensée symbolique des procédés dont se servent les sujets atteints de cécité psychique et d'alexie pour déchiffrer les formes graphiques ; il rappelle à ce sujet un cas de Goldstein.

Peut-être est-ce dans l'usage des symboles qu'il faudrait chercher un procédé pédagogique pour instruire en géométrie certains sujets dont l'intuition figurale paraît congénitalement déficiente.

D. LAGACHE.

©BIUM

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 Octobre 1935

Présidence : M. ALEXANDER, président

Lésions séniles au niveau de l'hypothalamus, par M. P. DIVRY.

Les données de la littérature indiquent que la région infundibulaire peut participer au processus de la démence sénile, et présenter notamment des plaques séniles et de la dégénérescence d'Alzheimer. Elles ne précisent cependant pas la fréquence et les modalités de cette atteinte.

L'auteur a recherché systématiquement dans 35 cas de démence sénile les plaques et la dégénérescence d'Alzheimer au niveau des diverses formations de l'infundibulum.

Il a constaté que les lésions séniles sont fréquentes dans cette région ; on y rencontre des plaques dans plus de 85 0/0 des cas et de la dégénérescence d'Alzheimer dans une proportion de 63 0/0 environ ; pour le cortex frontal, les chiffres correspondants sont de 94 0/0 et de 26 0/0.

Les plaques, de type le plus souvent trichosique, sont surtout disséminées dans la substance grise centrale et le corps mamillaire.

La dégénérescence d'Alzheimer, qui revêt en général la forme de boule, intéresse surtout le noyau infundibulo-mamillaire, plus rarement les noyaux tubériens et mamillaires.

Les noyaux supra-optique et paraventriculaire sont en général indemnes de ces lésions ; par contre, leurs cellules sont souvent surchargées de boules de nature colloïde.

Modification d'origine syphilitique du liquide céphalo-rachidien ; absence de symptômes nerveux et mentaux, par M. NÈVE.

A propos de deux cas dans lesquels les modifications spécifiques du liquide céphalo-rachidien ont précédé de longtemps l'apparition des symptômes nerveux et mentaux, l'auteur pose la question de savoir si des réactions positives dans le liquide sont toujours l'indice de lésions du parenchyme nerveux. La chose n'est pas admise par tout le monde et, d'autre part, d'après certaines statistiques, les réactions liquidiennes régressent spontanément dans 30 0/0 des cas.

Il y aurait intérêt, au point de vue de l'étude de la pathogénie de la syphilis nerveuse, d'examiner systématiquement le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques, et, pour la première fois, vers la fin de la 3e année après les accidents primaires.

©BIUM

Les troubles mentaux dans la population bruxelloise, par M. G. VERMEYLEN

L'auteur communique la statistique des 2.000 premières admissions au nouvel Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann, desservant toute l'agglomération bruxelloise.

Une réserve doit être faite concernant la terminologie qui varie d'après les pays et d'après le caractère clinique ou administratif de la statistique. L'auteur a adopté une classification clinique personnelle des psychoses exogènes et des psychoses endogènes, dont les résultats dépassent le cadre d'un résumé et doivent être lus dans l'original.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 26 Octobre 1935

Présidence : M. L. van BOGAERT, président

La régulation neuro-humorale, par Mme Lina STERN,
Professeur à l'Université de Moscou.

Dans une conférence très documentée, l'auteur expose certains résultats des recherches qui se poursuivent actuellement dans son laboratoire sur le rôle des « métabolites », c'est-à-dire de l'ensemble des substances déversées par un organe dans la circulation générale.

Après avoir rappelé l'importance de l'état fonctionnel d'un organe et de l'équilibre entre les systèmes antagonistes, à chaque moment du temps qu'on envisage, l'auteur montre que régulation humorale et régulation hormonale ne sont pas synonymes. Il faut tenir compte de l'état de l'organe et de son innervation en même temps que de l'action simultanée des substances contenues dans le sang veineux à la sortie des divers organes.

La concentration de ces « métabolites » est obtenue par le procédé qui consiste à réaliser la survie des organes dans un liquide de suspension, où s'accumulent alors les substances à étudier. L'action de ces dernières sur le système cardio-vasculaire, l'activité réflexe, le fontionnement rénal, le fonctionnement hépatique, choisis comme tests, peut alors être étudiée. Dans une série de représentations graphiques, l'auteur démontre les résultats obtenus par cette méthode, et conclut que chaque organe déverse dans la circulation un certain nombre de produits qui influencent l'activité des autres organes, ainsi d'ailleurs que son activité propre. Si l'on compare ces

©BIUM

actions avec celles des hormones isolées, on constate que les résultats sont quantitativement et qualitativement différents.

Il faut donc prendre en considération tous les « métabolites » qui accompagnent les hormones, et, au point de vue pratique, il est par conséquent plus logique, dans la majorité des cas, d'utiliser les extraits glandulaires totaux que certaines substances isolées.

Paralysie générale héréditaire et familiale,

par MM. L. Van Bogaert et Dijckmans.

Dans la famille V. de A., en dépit des suspicions qui pèsent sur le père (insuffisance aortique à 40 ans), la syphilis est apportée par la mère qui présente une paralysie générale à type mélancolique mais avec des réactions sérologiques fortement positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Elle a deux sœurs, toutes les deux fortement dystrophiques : ce sont des obèses, dont le poids est de 112 et 114 kilos. L'aînée présente des accès épileptiques depuis l'âge de 45 ans, avec des réactions sérologiques positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. La courbe colloïdale est du type paralytique chez elle.

La cadette ne présente aucun phénomène neurologique et les réactions sérologiques du sang sont négatives.

Dans la première génération, nous trouvons donc, du côté maternel, une paralysie générale et une neuro-syphilis sérologiquement et cliniquement authentiques.

Dans la seconde génération, nous trouvons deux cas de paralysie générale juvénile typique avec réactions sérologiques positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Le premier a eu un début fort précoce par crise d'épilepsie, puis arriération mentale, avec peu à peu un tableau de paraplégie spasmodique ataxique. Elle évolue en 15 ans, vers un état de démence profonde. La cure malarique n'apporte aucune modification à cette évolution fatale.

Le second cas concerne un garçon où l'affection débute plus tard par une arriération mentale avec dysarthrie et signes pupillaires. La cure malarique n'a jusqu'à présent rien changé à son état clinique.

En dehors de ces deux paralysies juvéniles, nous relevons deux cas de neuro-syphilis caractérisée dans le premier cas par un état d'arriération mentale avec troubles pupillaires, dans le second cas par des crises épileptiques avec tendance à la paraplégie spasmodique, signe de Babinski unilatéral et insuffisance hépatique. Dans ces deux cas de neuro-syphilis, les réactions biologiques sont positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le tableau clinique comporte donc, en dehors de l'arriération mentale et des crises convulsives qui sont identiques à celles observées dans les paralysies juvéniles, une exaltation des réflexes tendineux et parfois un signe de Babinski, c'est-à-dire des signes d'atteinte médullaire à nuance paraplégique et spasmodique, formes frustes de la paraplégie signalée dans la première observation de paralysie générale juvénile.

Deux autres enfants sont morts d'accidents méningés de la première enfance. Quatre sont indemnes et ne présentent, d'ailleurs, aucune modification sérologique.

©BIUM

Cependant, l'aînée des enfants aurait présenté pendant la grossesse une réaction sérologique positive et son enfant a subi une cure à la naissance pour des lésions suspectes et qui ont cédé aux médications spécifiques.

Le grand intérêt de cette souche est que, d'une mère atteinte de paralysie générale, sont issus deux paralysies générales juvéniles au moins et peut-être deux neuro-syphilis. Mais, au diagnostic de ces dernières, l'avenir apportera peut-être quelques modifications.

A propos d'un cas d'aphasie post-opératoire, par M. P. VAN GEHUCHTEN.

Relation du cas d'un homme de 33 ans, chez lequel on vit se développer, en quelques mois, un syndrome d'hypertension intracranienne avec signes neurologiques qui en imposèrent pour une tumeur frontale gauche.

Il s'agissait, en réalité, d'un tuberculome du pédoncule et de la protubérance ainsi que l'autopsie le démontra. Au cours de l'intervention pratiquée néanmoins sur la région frontale gauche, on vit apparaître brusquement une aphasie, dont l'étude fait l'objet principal de cette communication.

La lésion opératoire se situe en avant du sillon de Rolando, depuis l'extrémité antérieure du ventricule jusqu'au triangle de Broca. Il y avait interruption des connections de cette région avec la région frontale antérieure.

Il s'agissait d'une aphasie surtout motrice, mais avec déficit grave de tout le langage intérieur. Ce dernier ne pouvait être expliqué par un état de déficit intellectuel. L'auteur pense qu'une zone expressive, motrice, existe certainement, étroitement associée aux zones postérieures de compréhension. Mais les fonctions gnosiques, pour être parfaites, paraissent nécessiter l'intégrité des deux zones.

Paralysie saturnine, par MM. P. DIVRY et EVRARD.

Relation du cas de deux frères atteints de surdi-mutité, qui présentèrent, à quelques mois d'intervalle, des symptômes gastro-intestinaux suivis de parésie avec hypoesthésie dans le domaine des nerfs radiaux.

L'eau de boisson dont ils se servaient habituellement était amenée par un tuyau de plomb, et l'analyse montra que cette eau contenait 8 mmgr. de plomb par litre. L'examen hématologique confirma le diagnostic d'intoxication saturnine. Il est intéressant de noter que l'épouse de l'un des deux malades est restée indemne, ce qui confirme l'importance des facteurs constitutionnels dans ces cas : ce tropisme périphérique chez deux frères atteints de dégénérescence est caractéristique à cet égard.

L'intoxication saturnine par l'eau de boisson n'est pas fréquente, mais il en existe d'autres cas décrits dans la littérature.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

La pratique psychiatrique dans l'Armée, par le Médecin lieutenant-colonel FRIBOURG-BLANC, Professeur au Val-de-Grâce, et le Médecin lieutenant-colonel GAUTHIER, professeur agrégé du Val-de-Grâce, *Préface* de M. le Professeur H. CLAUDE, (1 vol. in-8°, 598 pages, Charles-Lavauzelle et Cie édit., Paris 1935).

Ainsi que l'écrivent dans l'introduction de ce Traité, *MM. Fribourg-Blanc et Gauthier*, ce qui justifie un exposé spécial des problèmes psychiatriques dans l'armée, c'est la forme extérieure que revêtent dans ce milieu les maladies de l'esprit. C'est la teinte particulière dont elles se colorent. C'est l'influence même du milieu militaire sur l'éclosion et le développement de ces maladies. Ce sont surtout les modes de réaction qu'elles comportent dans l'armée. Ce sont, enfin, du point de vue professionnel, les conséquences médico-légales qu'elles entraînent. Aussi, les auteurs se sont-ils surtout attachés à exposer avec soin les solutions pratiques qu'il convient d'adopter dans chaque cas.

Dans la préface écrite pour ce livre par le *Professeur Henri Claude*, préface dans laquelle il montre les progrès réalisés dans l'enseignement psychiatrique, M. H. Claude souligne les mérites et la clarté didactique des exposés objectifs des types cliniques présentés par MM. Fribourg-Blanc et Gauthier. Etant un excellent manuel pour la psychiatrie dans l'armée, cet ouvrage est un excellent précis de psychiatrie générale. Et tous les psychiatres, civils ou militaires, auront profit à lire, en particulier, les chapitres consacrés à ces sujets, que leur débilité ou leur déséquilibre, parfois peu apparents dans l'encadrement normal de leur vie familiale et sociale, amènent parfois dans le milieu militaire à des réactions qu'il faut bien connaître car leurs conséquences peuvent être graves. Bénéficiant de l'expérience et de la compétence spéciales de MM. Fribourg-Blanc et Gauthier, les médecins civils trouveront là d'utiles enseignements pour leur pratique journalière et des indications indispensables pour les conseils qu'ils peuvent être appelés à donner aux familles sur les possibilités d'adaptation dans l'armée de ces sujets.

©BIUM

Après avoir exposé les méthodes générales d'examen et consacré un intéressant chapitre à la discipline militaire et à ses conséquences chez les psychopathes, les auteurs étudient successivement les *infirmités psychiques congénitales*, les *névroses*, parmi lesquelles ils rangent le syndrome émotionnel, certains états dépressifs, la psychasthénie, l'hystérie et l'épilepsie..., les *psychoses* (psychopathies sans substratum organique précis, et psychopathies d'origine organique : infectieuses, toxiques, traumatiques, tumorales, vasculaires ; psychopathies chez les coloniaux ; simulation et dissimulation), la *psychiatrie médico-légale*. M. Fribourg-Blanc, dont on se rappelle l'important rapport au Congrès de Bordeaux (1931) sur les fausses simulations, était particulièrement qualifié pour donner, avec M. Gauthier, aux médecins militaires, le conseil suivant qui suffirait à caractériser ce livre, plein d'objectivité, de critique et de mesure : « Que le médecin « militaire n'ait pas la hantise de la simulation. Une observation attentive « et patiente des hommes suspects de supercherie lui dévoilera aisément « les simulateurs ou les exagérateurs. Qu'il s'attache bien plutôt à dépister « les malades qui cachent leur psychopathie dans un but utilitaire ou en « raison même de leurs troubles mentaux et qui, par leur dissimulation, « se maintiennent parfois trop longtemps dans les rangs de l'armée au « grand détriment des intérêts matériels et moraux de la collectivité. »

Dans la dernière partie de ce traité, consacrée à la médecine légale psychiatrique dans l'armée, les auteurs passent en revue les principales réactions médico-légales des psychopathes dans le milieu militaire, réactions dont ils apportent des exemples très caractéristiques. Ils donnent d'utiles conseils sur la conduite à tenir par les experts en matière de pensions militaires d'invalidité et par les experts devant les tribunaux militaires. Le dernier chapitre est consacré à l'organisation du service de neuro-psychiatrie militaire en temps de paix et en temps de guerre.

Mais est-il possible qu'une brève analyse rende compte de tout ce que contient ce volume dans lequel figurent 182 observations résumées ? Ecrit pour des médecins militaires, c'est, nous l'avons dit, un excellent manuel de psychiatrie générale. Les enseignements qu'il renferme et qui ont trait plus particulièrement à la pratique psychiatrique dans l'Armée intéressent d'ailleurs également ceux qui sont ou qui seraient appelés, si les circonstances le demandaient, à apporter à l'Armée le concours de leur dévouement, c'est-à-dire tous les médecins. A tous, MM. Fribourg-Blanc et Gauthier apportent le livre qui leur manquait et qu'ils consulteront bien souvent.

René CHARPENTIER.

Essai sur l'obsession de négation, par le Docteur Charles BERLIOZ (1 brochure in-8°, 112 pages, Amédée Lefranc, édit). *Thèse* Paris 1935.

L'auteur rapporte trois observations personnelles, dans lesquelles le syndrome obsédant, alimenté par le seul sentiment de dépersonnalisation, revêt un caractère de systématisation qui lui donne son entité. Une minutieuse analyse clinique, confrontée avec les diverses théories qui traitent des troubles de la personnalité en général, et plus particulièrement de la psychasthénie dont ils forment le fond, quelle qu'en soit la forme clinique, conduit Berlioz à isoler l'obsession de négation. Il retrouve chez ses malades, à passé psychasthénique, tous les éléments du délire de négation de Cotard, mais à l'état d'ébauche, grâce à l'intégrité de la conscience, au main-

©BIUM

tien de l'autoconduction. Les impressions de non-être, de transformation corporelle, d'illimité, d'infini, sont traduites dans un langage symbolique que n'étaie toutefois aucune conception délirante : il y a « conflit entre la conscience et les troubles obsédants », l'autoconduction ne se plie pas, comme chez les délirants, aux exigences de l'automatisme. De même, contrairement au schizophrène qui, ayant perdu contact avec la réalité, s'installe dans son « autisme », l'obsédé s'efforce de maintenir ce contact, il est « à la recherche du moi perdu », peut dire d'une façon imagée l'auteur, dont précisément le commerce littéraire enrichit la documentation et colore le langage.

Empruntant, au lieu de les opposer les unes aux autres, aux théories psychologique, physiologique et psychanalytique de la dépersonnalisation, Berlioz considère « les troubles de ces trois malades comme la manifestation profonde d'une atteinte à la synthèse organo-psychique ». La fonction cénesthésique serait primitivement en cause, elle-même sous la dépendance de perturbations glandulaires, surtout humorales, d'où la teinte anxieuse des sensations, des émotions éprouvées, leurs caractères d'irréductibilité, d'ineffabilité, et les phénomènes de mentisme concomitants.

« Le problème revient à se demander si le sentiment de dépersonnalisation repose sur un trouble fonctionnel. » Et Berlioz tend à conclure dans ce sens, en s'appuyant sur les notions récentes du « schéma corporel », du « modèle postural », de l' « image de soi », et sur les théories physiologiques, dont elles participent d'ailleurs, qui font de la région thalamique une sorte de carrefour sensitif.

R. MALLET.

NEUROLOGIE

L'olive bulbaire. Anatomie, ontogénèse, phylogénèse, physiologie et physiopathologie, par Pierre MARESCHAL. 1 vol. in 8° 214 pages. *Thèse de Paris*. G. Doin édit. 1935.

Selon Ramon y Cajal, le problème de l'anatomie et de la physiologie des olives bulbaires ou, comme l'écrit Mareschal, du « complexe olivaire inférieur », compte parmi les plus difficiles de la neurologie. Pendant longtemps, l'attention ne fut guère attirée sur ce centre gris bulbaire dont seules les connexions avec le cervelet étaient retenues. De la physiologie de ces formations, nulle donnée positive n'était connue. Aujourd'hui le problème est du moins beaucoup mieux précisé ainsi que le marque M. Mareschal dans son importante thèse élaborée à l'aide de matériaux puisés à la Salpêtrière.

Dans un premier chapitre, l'auteur expose l'état de nos connaissances sur la structure des olives et pense que, en se basant sur l'ontogénèse et la phylogénèse, on peut décrire dans le complexe olivaire le noyau, le latéro-dorsal, l'excroissance centro-latérale, la lamelle médiane, formations précisées par les rapports qui existent entre les trois grandes parties du complexe : l'olive principale, la parolive interne, la parolive dorsale. Le complexe se trouve relié au cervelet par trois voies principales : l'une olivo-dento-cortico-cérébelleuse, la seconde olivo-vermienne, la dernière enfin olivo-vermio-flocculienne. Les fibres de projection spinale de l'olive se

©BIUM

groupent surtout dans le faisceau de Helweg ; enfin le complexe olivaire inférieur se trouve relié aux formations du mésencéphale et du diencéphale par le faisceau central de la calotte et le faisceau strio-olivaire étudié spécialement par Winckler.

Entourée, dans le bulbe, de formations très importantes et très délicates, l'olive est d'un accès extrêmement difficile ; et l'on ne doit pas être surpris si l'expérimentation a donné si peu de résultats. En 1931, Lüthy expérimentant sur 4 chats déclarait que la destruction des olives ne déterminait jamais de manifestations morbides qui ne fussent en relation avec l'atteinte d'un centre ou d'un faisceau voisin. Les expériences plus récentes de C. Besta permettent cependant de penser que l'altération bilatérale des olives a pour conséquences, d'une part, une modification du tonus musculaire à type de rigidité, et, d'autre part, l'apparition de phénomènes ataxiques ainsi qu'on les rencontre dans les affections du cervelet. Rappelons que, pour Babinski, l'adiodococinésie serait en relation avec des altérations du complexe olivaire.

L'olive joue-t-elle un rôle dans la station verticale ? telle est la question que s'est posée Me Zand, et à laquelle cet auteur s'est efforcé de répondre. En réalité, ni les arguments dérivés de l'ontogénèse et de la phylogénèse ne sont décisifs, non plus que les maigres données tirées de l'expérimentation chez l'animal. Les expériences de Me Zand sont passibles des plus sérieuses objections. Chez l'homme, les documents anatomo-cliniques sont nombreux mais peu décisifs, pour cette raison que dans tous les cas où l'olive est intéressée, le cervelet ou la voie pyramidale ne sont pas intacts, sans compter le faisceau strio-olivaire de Winckler par où cheminent les excitations striées. Toutefois, il semble que l'on peut supposer comme très probable l'existence d'une influence inhibitrice de l'olive sur le tonus.

Les olives bulbaires présentent des réactions anatomiques essentiellement personnelles et cette curieuse modification, connue sous le nom d'hypertrophie de l'olive, n'a pas son égale dans les autres centres cérébro-spinaux. Ainsi que l'ont montré Lhermitte et Trelles, le terme de pseudo-hypertrophie de l'olive est valable seulement pour certains cas et, le plus souvent, il s'agit de véritable hypertrophie des cellules nerveuses étalées en complexes et luxuriantes formations de nombreuses dendrites et d'expansions axonales.

Cette hypertrophie olivaire peut-elle être tenue pour le facteur essentiel des myoclonies vélo-palatines ? Tel est le problème qu'aborde en dernier lieu M. Mareschal. Ici encore, une réponse affirmative est très difficile à fournir car, nous le répétons, toute destruction de l'olive bulbaire entraîne des modifications du cervelet et une dégénération du faisceau central de la calotte. Toutefois, les dernières observations ne permettent plus d'admettre le rôle prépondérant du faisceau central dans la pathogénie des myoclonies et, au contraire, semblent montrer l'importance majeure des modifications du complexe olivo-dentelé.

La thèse de M. Mareschal, extrêmement documentée, représente un gros effort pour éclairer les fonctions des olives bulbaires et préciser leur rôle en pathologie ; cet ouvrage marque une étape importante dans nos connaissances anatomo-cliniques, physiologiques et pathologiques sur des centres restés si longtemps mystérieux.

J. LHERMITTE.

©BIUM

Traité de physiologie normale et pathologique, publié sous la direction de G.-H. Roger, Professeur honoraire de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris et Léon Binet, Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Paris. Tome X. Physiologie nerveuse, deuxième partie, par MM. F. Bremer, R. Caussé, A. et B. Chauchard, J. Froment, R. Garcin, L. Garrelon, J. Haguenau, A. Hautant, A. Legrand, E. Lemaitre, J.-B. Logre, L. Merklen, G. Milian, N. Péron, H. Piéron, D. Santenoise, A. Strohl, E. Velter, M. Vidacovitch. 2 vol. in-8°, formant ensemble 1.580 pages avec 275 figures, Masson et Cie, édit , Paris 1935.

Ce nouveau volume du Traité de Physiologie, publié sous la direction des professeurs *Roger* et *Binet*, est le dernier à paraître. Il complète le tome IX déjà publié ; comme lui, il est consacré à la Physiologie nerveuse. On y trouvera plus spécialement des articles consacrés à la psycho-physiologie, au cervelet, au bulbe, à la moelle, au liquide céphalo-rachidien, aux nerfs craniens, au sympathique et aux organes des sens. Ces deux tomes, qui forment ensemble 2.000 pages environ, présentent une étude nouvelle, très approfondie, à la fois scientifique et pratique de toute la Physiologie nerveuse.

Le *Traité de physiologie normale et pathologique* est maintenant complet. Ce grand ouvrage, largement conçu et largement réalisé, qui permet à la fois la documentation, la recherche et l'étude, est resté jusqu'au bout nettement orienté vers l'utilisation pratique. Ces 11 volumes permettent au médecin d'être au courant des progrès réalisés par la physiologie, pierre angulaire de l'édifice médical.

Les deux tomes consacrés à la physiologie du système nerveux, le tome IX paru en 1933 et le tome X dont les deux volumes viennent de paraître, sont indispensables à toute bibliothèque neuro-psychiatrique. L. R.

Les astéréognosies. Pathologie du toucher, clinique, physiologie, topographie, par J.-P. L. Delay. Préface du Professeur G. Guillain. 1 vol. in-8° 548 pages, 19 figures, Masson et Cie, édit., Paris 1935.

Ce très important travail, fait à la Clinique neurologique de la Salpêtrière et au laboratoire de physiologie des sensations du Collège de France, apporte une conception tout à fait nouvelle du problème des astéréognosies.

Il représente d'autre part une synthèse complète de tous les travaux d'ordre neurologique, physiologique, psychologique, qui ont paru sur ce sujet dans la littérature internationale. Il s'inspire en particulier des travaux expérimentaux de Pavlov sur les analyseurs tactiles dont il fait une féconde application à la clinique, et de ceux de Henry Head — qu'il soumet d'ailleurs à une critique judicieuse.

Les cliniciens seront intéressés dans cet ouvrage par l'étude des techniques scientifiques de l'examen des sensibilités, qui doit être fait en tenant compte non seulement de l'appréciation des sensations élémentaires, mais aussi des perceptions de l'intensité et de l'extensité des sensations, et des modifications de la sensation en fonction du temps. De tels examens sont indispensables à qui veut utiliser les troubles des sensibilités pour le diagnostic topographique. M. Delay, en se basant sur de nombreuses observations, montre les différences qui séparent les anesthésies corticales des autres anesthésies : on lira avec profit son étude critique du syndrome sensitif cortical.

Les physiologistes seront spécialement intéressés par une dissociation des

©BIUM

astéréognosies d'un point de vue physio-pathologique en amorphognosies, troubles de la différenciation des formes conditionnées par des troubles des analyseurs d'intensité spatiaux et en atrylognosies, troubles de la différenciation des matières, conditionnées par des troubles des analyseurs d'intensité. On retiendra particulièrement l'étude sur le rôle de la vue dans les perceptions tactiles de l'espace.

Les psychologues trouveront une conception originale de l'asymbolie tactile. Une observation particulièrement démonstrative a montré à l'auteur qu'elle représentait non pas un trouble de la synthèse mais une agnosie sémantique, comparable à l'aphasie sémantique de Head. On trouvera dans cette partie des vues profondes, inspirées en partie par Cassirer, sur la pathologie du symbolisme.

Il n'existait jusqu'à ce jour dans la littérature étrangère aucun ouvrage envisageant la question des astéréognosies dans toute sa complexité. C'est dire que sa lecture apparaît indispensable à qui s'intéresse soit au problème des *sensibilités*, soit au problème des *agnosies* et des troubles de la pensée symbolique.

Dans la préface, le *Professeur Georges Guillain* montre que ce volume, qui contient une documentation internationale complète, des recherches précises et des conceptions nouvelles, comble une lacune de la littérature neurologique.

L. R.

BIOLOGIE

Allergies et Anaphylaxies. Les Phénomènes d'hypersensibilité dans leurs relations avec le psychisme inconscient (Alergias y Anafilaxias. Los fenomenos de hipersensibilidadd en sus relaciones con il psiquismo inconsciente), par le Dr Emilio Pizzaro Crespo. 1 vol. in , 109 pages. Ed. Ruiz, Rosario (R. A.) 1935.

L'auteur, dans un petit volume plein de faits et aussi de théories a entrepris l'étude de cas concrets d'anaphylaxie et d'allergie dans un sens « totalitaire ». C'est dire qu'il n'exclut pas (mais qu'au contraire il admet) par doctrine, l'intrication des phénomènes physiques et moraux dans leur unité biologique. C'est dire aussi que le travail est d'inspiration freudienne. Par là on peut prévoir tous les prémisses par quoi débute l'ouvrage ; rôle de l'inconscient, de l'émotion, importance de la vie végétative comme trait d'union du physique et du moral, finalité de la défense organique, rôle du système nerveux et des arcs réflexes conditionnels (Pavlov, Metalnikow, etc.). Les faits rapportés sont divisés en plusieurs classes. D'abord celle des allergies digestives et nerveuses, qui comprend deux observations (intolérances digestives, anorexies, dyspepsies, gastralgies souvent associées à des crises d'asthme et surtout à un comportement névrotique). Ensuite Pizaro Crespo rapporte trois cas d'anaphylaxie respiratoire à diverses odeurs. Enfin six observations de manifestations anaphylactiquess cutanées (prurit, œdème de Quinke, urticaire) portent à 20 le total des cas étudiés. Tous ces cas ont été guéris ou améliorés par la psychanalyse. Les conclusions, plus brèves que sobres, couronnent les prémisses par des considérations psychanalytiques sur la vie instinctive dont l'auteur est autorisé par l'exposé de ses observations à proclamer

©BIUM

l'importance et sa solidarité avec les tendances affectives inconscientes. La largeur de ses conceptions le porte enfin jusqu'aux frontières du lyrisme philosophique quand, en terminant, il envisage la projection biosociale de la psychanalyse. Il n'en reste pas moins que ce volume est très intéressant par la consciencieuse étude des syndromes anaphylactiques et l'exposé des tentatives thérapeutiques que M. Pizaro Crespo a si heureusement et si hardiment opposé à ces états de défense paradoxale de l'organisme où il discerne justement la part de l'énergie vitale réglée par le jeu des instincts. Disons que ce livre contient, à la page 24, un schéma du développement de la libido qui expose clairement les aspects de la régression libidinale, fondement de la théorie freudienne. L'ingéniosité de ce schéma nous fait oublier qu'il est... si schématique. Ce petit volume doit être lu pour l'intérêt parfois très grand des observations qu'il contient, par tous ceux qui s'occupent des névroses et qui s'intéressent au problème audacieusement renouvelé des rapports du physique et du moral.

Henri Ey.

JOURNAUX ET REVUES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Le quartier d'aliénés du dépôt de mendicité de Soissons au XVIII^e^ siècle d'après des documents inédits, par Paul Sérieux. *Bulletin de la Société Archéologique, Historique et Scientifique de Soissons.* T. V, I brochure, 57 pages juin-octobre 1930 et juillet 1934.

Si le rôle exact joué par les Bastilles, Charités et les Hôpitaux sous l'Ancien Régime dans les questions d'assistance des aliénés est aujourd'hui connu, grâce surtout aux recherches de M. Paul Sérieux, celui des quartiers d'aliénés annexés aux Dépôts de mendicité était demeuré ignoré. Ce travail comble une importante lacune. Les Hôpitaux Généraux organisés sous Louis XIV devenaient insuffisants au XVIII^e^ siècle dans les grandes villes du royaume pour contenir les mendiants, les infirmes, les aliénés et les vagabonds. Une lente organisation se poursuit et en 1768, 80 dépôts existent dans les diverses généralités et renforcent l'œuvre d'assistance gratuite des Hôpitaux. Le Dépôt de Soissons, attenant à l'Hôpital, pouvait abriter 200 détenus. Menacé de suppression par des mesures d'économie en 1775, il est réorganisé grâce à l'initiative d'inspecteurs et d'administrateurs éclairés. Les règles du placement et les enquêtes justificatives montrent à quel degré de développement la procédure avait été poussée. L'édifice légal qui s'est effondré en 1790 n'a été restauré qu'en 1838.

Les textes patiemment recueillis par M. Sérieux établissent avec certitude que le Dépôt de Soissons, d'abord destiné à retenir passagèrement « des indésirables », était devenu, suivant le désir exprimé par Necker, un « Dépôt modèle » où l'on travaillait au relèvement des déséquilibrés et des anti-sociaux, où l'on soignait les malades et les aliénés.

P. Carrette.

©BIUM

PSYCHIATRIE

La nosologie psychiatrique sur des bases nouvelles (Nosologia Psiquiátrica em Novas Bases), par Edgar PINTO CESAR. *Memorias do Hospital de Juquery*, n° 9-10, pp. 17-112, 1932-33.

Deux principes doivent présider à l'élaboration des classifications. L'auteur propose d'appliquer le premier de ces principes à l'étude clinique qui lui fournira un certain nombre de syndromes et le second à la recherche des maladies, ce qui implique l'étude de l'étiologie et de l'anatomie. Citons, parmi les grands syndromes : la manie, la mélancolie, la confusion, l'épilepsie. D'autres attireront des objections. Ainsi, le syndrome schizophrénique. L'auteur est forcé d'appeler la démence précoce à son secours et d'indiquer que son syndrome est l'expression clinique de « l'encéphalose chronique juvénile ». Le syndrome neuro-psychasthénique nous entraîne dans d'autres imprécisions. La liste des maladies comprend les états fonctionnels et les états organiques. Ceux-ci sont strictement anatomiques et cette partie présente une unité certaine, mais une telle division n'est-elle pas prématurée ? On lit les chapitres suivants : méningites, encéphalites, néophasies, traumatismes, etc... Les encéphaloses font la transition avec les troubles fonctionnels.

Toute classification sérieuse mérite d'être analysée et inévitablement critiquée. Celle de M. Pinto César représente un effort pour adapter à la psychiatrie les principes de la pathologie générale. P. CARRETTE.

Dysostose céphalique (Cephalic Dysostosis), par Clifford ALLEN. *The Journa of Neurology and Psychopathology*. T. XIV, n° 56, pp. 332-344, avril 1934.

Les malformations cranio-faciales qui avaient, au siècle dernier, une si grande importance pour les psychiatres, ont perdu aujourd'hui, bien à tort pour M. Allen, leur intérêt symptomatique. Les « stigmates de dégénérescence » doivent être recherchés chez les psychopathes, délirants et déséquilibrés. L'observation présente montre l'enchaînement logique des signes physiques et psychiques chez une femme atteinte de dysostose très accusée, épileptique, d'abord consciente, puis évoluant vers un état paranoïde. L'auteur estime que la maladie du cerveau doit être considérée comme le fait initial. L'accroissement de la pression intracranienne commande les événements. Cette conception n'est pas incompatible avec les diverses théories pathogéniques, au contraire, elle les complète. Les troubles toxiques, glandulaires, les anomalies mendéliennes expliquent la physiologie anormale de l'encéphale comme celle du crâne (synostose prématurée).

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des Constitutions en Pathologie mentale (Contribuicão para o estudo das Constituiçoes em Patologia Mental), par Edmur de AGUIAR WHITAKER. *Memorias do Hospital de Juquery*, n° 9-10, pp. 191-242, 1932-33.

L'étude des antécédents des psychopathes montre la valeur des constitutions dans l'évolution des psychoses endogènes. Il s'en tient à 7 types : émotif, psychasthénique, mythomaniaque, paranoïaque, cyclothymique, schizoïde et pervers. La constitution épileptoïde reste l'objet de controverses.

P. CARRETTE.

©BIUM

Le problème de la constitution en psychopathologie (The Problem of Constitution in Psychopathology), par Gregory ZILBOORG. *The Psychoanalytic Quarterly*, T. III, pp. 339-362, 1934.

Dès 1896, Freud prend nettement position en affirmant : « Dans la pathogénie de la plupart des névroses, l'hérédité intervient comme une *condition*, puissante dans tous les cas et même indispensable pour la majorité d'entre elles ». Les causes spécifiques en apparence déterminantes, sont sans effets pathologiques sur des sujets, alors qu'elles engendrent une névrose chez les prédisposés. Cette notion peut-être retenue comme conciliant les points divergents de la psychopathologie traditionnelle et de la psychanalyse, à condition d'étendre le concept de constitution hors des limites d'une interprétation étriquée. Sinon le problème cesse d'être scientifique ; il n'est plus que l'expression de l'attitude mentale du médecin. Il dévoile son organicisme ou sa croyance à la toute-puissance des éléments exogènes, sa prédilection pour les recherches biologiques, pour les essais de réintégration psychique ou son quiétisme. M. Zilboorg illustre d'ailleurs son exposé avec quelques observations de psycho-névroses situées dans leur ambiance. L'hérédité des sujets présentés se traduit généralement, — en dehors des diagnostics nets, des syndromes de statistiques, — par des tendances que la psychanalyse fait sortir de l'ombre, potentiel pathologique qui n'attendait, pour se transformer en psychonévrose, que l'accident, la défaillance déclanchée par le trauma physique ou mental.

P. CARRETTE.

Facteurs constitutionnels dans l'homosexualité. (Constitutional Factors in Homosexuality), par Georges-W. HENRY et Hugh-M. GALBRAITH. 89e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1249-1270, mai 1934.

Les conditions de développement de l'homosexualité sont interprétées très différemment par les auteurs. A ceux qui envisagent la perversion comme le résultat de complexes psychologiques réductibles ou aggravés par inadaptation sociale, MM. Henry et Galbraith opposent des faits empruntés aux théories plus anciennes qui rallient encore aujourd'hui les suffrages des organicistes. Les caractères physiques sont exposés : féminisme du sujet mâle et virilisme chez les femmes. L'histoire psychosexuelle en découle tout entière et montre assez l'inexorable fatalité des tendances chez beaucoup d'individus malformés. Des sujets déséquilibrés, abouliques, homosexuels d'occasion n'infirment pas la conclusion des auteurs. Toutes les formes de perversions leur sont familières et ils relèvent d'une psychothérapie spéciale, mais le problème de l'homosexualité ne saurait se cantonner dans de telles limites.

P. CARRETTE.

Les mécanismes de base de la réaction psychosique, par Z. DROHOCKI (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

La réaction psychosique représente dans son essence la réponse de l'individu aux changements survenus dans les conditions de l'existence normale du sujet. Cette réaction est le résultat de tous les mécanismes préexistants subordonnés à la structure constitutionnelle et héréditaire. Envisagée sous

©BIUM

cet angle. la réaction psychotique est transposée sur le plan de la structure psychique individuelle. La vie psychique d'un homme réalise l'ensemble d'expressions des associations des particularités individuelles. Selon la stabilité de ces associations, Drohocki en distingue trois espèces qu'il désigne de la façon suivante :

1° Les accouplements — particularités ayant un caractère stable, automatique, indépendant de la situation et marqués par l'hérédité.

2° Les unions — marques caractéristiques de l'individu même se renouvelant dans chaque situation de la vie.

3° Les liens de situation — transitoires, formant les réactions d'adaptation. Chaque individu possède ces trois variétés d'associations psychiques.

Le choc émotionnel qui produit le syndrome dans la structure psychique de l'individu détruit d'abord les associations les plus différenciées et les plus récentes au point de vue ontogénique. La faculté de créer des associations témoigne du bon fonctionnement du pouvoir réactionnel. Les perturbations résultant du choc progressent suivant trois modes successifs : 1° phase de désordre ; 2° phase d'inhibition qui constitue la phase d'automatisme compensateur et, 3° la phase de dissociation définitive des associations d'union et d'accouplement avec retour aux réactions primitives.

FRIBOURG-BLANC.

A propos des haines familiales (A propósito de odios familiares), par Conrado-O. FERRER et Maximo-A. CUBAS. *Boletin del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 4, pp. 92-104, juin 1934.

Les haines familiales ne doivent pas être confondues avec certaines réactions affectives épisodiques. Elles ne méritent vraiment cette dénomination que dans certains délires systématisés progressifs et dans quelques déviations globales instinctives qui sont inséparables d'un déficit des facultés intellectuelles supérieures. Les délirants relèvent de l'Asile, tandis que les pervers doivent être soumis à une psychothérapie qui fait la plus grande part à l'éloignement familial et à l'adaptation à un milieu approprié.

P. CARRETTE.

Tuberculose et maladies mentales, par Ernesto CIARLA. *L'Ospedale Psichiatrico*, Janvier 1934.

Ce long et important travail fait suite à une publication très documentée parue dans la *Rassegna di Studi Psichiatrici* en 1933, fasc. 5. Il apporte une précieuse contribution à l'étude des psychoses proto-bacillaires. L'auteur signale l'extrême fréquence de l'étiologie tuberculeuse dans les psychoses dites jusque-là primitives. Sa documentation repose sur de nombreuses données cliniques et anatomo-pathologiques.

P. ABÉLY.

Etudes cliniques des tests mentaux. (Clinical Studies of Mental Tests), par Simon H. TULCHIN. 89e Meeting Annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1237-1258, mai 1934.

Le test est destiné à fournir un signe dépouillé des causes d'erreur. Il devrait théoriquement écarter les contingences, mais en réalité il ne peut

©BIUM

qu'imparfaitement y parvenir et sa réponse n'est recevable qu'après confrontation avec d'autres résultats. C'est pour fixer les relations du spécialiste des tests avec les autres membres du team clinique que M. Tulchin a composé la présente étude. Il passe en revue l'influence des conditions physiques, de l'éducation, de l'âge, de l'entraînement et enfin l'ensemble des autres procédés comparatifs pour la mesure de l'intelligence.

P. CARRETTE.

Essai d'une interprétation physiologique du test psychologique de Rorschach. Son application à l'étude de la dynamique cérébrale des jumeaux, par G. MARINESCO, A. KREINDLER et Louis COPELMAN. *Analele de Psihologie*. N° 1, pp. 14-26, 1934.

Le matériel du test de Rorschach consiste en 10 images symétriques obtenues en pliant par le milieu une feuille de papier tachée d'encre noire. L'interprétation des images est confiée au malade. Les auteurs du présent mémoire constatent que les processus dynamiques qui se passent au niveau du cortex cérébral des jumeaux sont très voisins. Parfois même il y a une identité remarquable des réponses. En comparant avec des tests effectués chez des frères et sœurs non jumeaux on apprécie mieux la différence ; la similitude trouvée dans les réponses est nulle ou très minime.

P. CARRETTE.

Couleur et mouvement dans les dessins des malades mentaux. (Farbe und Bewegung in der Zeichnung Geisteskranker), par H. O. PFISTER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. XXXIV, 2. 1934.

La méthode employée par l'auteur a la signification d'une méthode expérimentale. Faisant appel à des éléments coloriques et kinesthésiques, elle se rapproche dans une certaine mesure des tests de Rorschach ; elle a des traits communs également avec les analyses graphologiques. A l'aide de cinq crayons de couleur : bleu, jaune, vert, noir, rouge, et dans huit cases de dimensions égales d'une feuille de dessin, les malades dessinent les objets suivants : arbre, papillon, maison, visage humain, triangle et carré, cube, étoile, homme. L'étude analytique porte : sur le temps d'exécution, l'acte moteur se reflétant dans l'aspect et la forme des lignes, le choix, l'adaptation, la multiplicité des couleurs, les caractères formels et de contenu des dessins, leur adaptation aux thèmes proposés, leur richesse ou pauvreté, l'expressivité, les surcharges, soit graphiques, soit en éléments dessinés surajoutés, etc.

Malgré l'expérimentation chez de nombreux malades appartenant à toutes les catégories de psychopathies, il n'est pas encore permis de tirer des conclusions sur la valeur de la méthode au point de vue du diagnostic. Comme il fallait s'y attendre, les résultats les plus caractéristiques ont été obtenus dans le groupe des « organiques » ; les dessins des épileptiques et ceux des alcooliques offrent également certains traits caractéristiques. Dans le groupe des schizophrénies, les aspects sont très nombreux, suivant les formes cliniques et les phases évolutives. L'auteur essaie de dégager certains caractères. Répétée chez le même malade, au cours des différentes phases de sa maladie, l'épreuve peut constituer, par ses variations d'exécution, un complément utile de l'étude clinique et psychopathologique.

E. BAUER.

©BIUM

Le délire de rêverie, par G. HEUYER et Jacques BOREL. *Revue Médicale Française,* n° 4, avril 1934.

Le délire de rêverie de MM. Heuyer et J. Borel —, délire de compensation de MM. Mignard et Montassut, forme de rêverie morbide de la schizoïde du professeur H. Claude et de ses élèves, MM. A. Borel et Robin, — est une transformation des tendances au rêve sous l'influence d'une complication organique génératrice d'automatisme mental. Le pronostic ne découle pas du délire lui-même, mais bien de la maladie mentale qui assure son individualité clinique. Toutefois, c'est le plus souvent dans les psychoses paranoïdes que les délires de rêve développent leurs thèmes érotiques, mégalomanes ou fantastiques, témoignages particulièrement graves d'une rupture, d'une perte de contact avec la réalité.

P. CARRETTE.

Etude sur la conscience onirique au point de vue de la psychologie pathologique et de la physiologie des psychoses. (Studie über das onirische Bewusstsein vom Standpunkt der pathologischen Psychologie und Physiologie der Psychosen), par A.-L. EPSTEIN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie,* XXXIV, 2, 1934.

L'analogie entre l'état de conscience pendant le rêve et celui dans les psychoses délirantes et hallucinatoires, réside dans l'existence d'un même trouble fondamental : l'aperceptognosie. Dans le rêve, le sujet perçoit les excitations endogènes ou exogènes, mais il ne prend pas conscience de l'acte de perception ; dans le cas d'excitations venant du dehors, il y a aperceptognosie sensorielle, dans le cas d'excitations venant de la sphère intellectuelle, endogènes, il y a aperceptognosie idéatoire. Or, ces deux formes d'aperceptognosie sont également fréquentes dans les psychoses. L'auteur appuie ces considérations sur un certain nombre d'exemples cliniques sommairement rapportés et s'efforce à mettre son opinion en harmonie avec les théories les plus récentes sur la pathogénie des troubles hallucinatoires et des délires (Claude et Ey, Claude et Dublineau, de Clérambault, etc.).

E. BAUER.

Auto-observation d'intoxication mescalinique, par A.-B. ALEXANDROWSKIJ (*Sovietskaia Nevropatologuia, Psichiatria i Psichoguiguiena,* T. III, Fasc. 6, 1934).

Cette auto-observation d'intoxication mescalinique expérimentale confirme en principe les descriptions faites par les auteurs qui se sont occupés de la question. Dans l'ordre de l'importance des signes de l'intoxication, l'auteur classe d'abord les troubles neuro-végétatifs, ensuite les troubles visuels et enfin les signes de dissociation psychique. Il souligne l'intensité des troubles neuro-végétatifs. L'auteur en conclut que les manifestations de l'intoxication mescalinique dépendent des particularités individuelles et son action semble liée à la personnalité prémorbide des sujets. Les visions et les troubles visuels occupent seulement la deuxième place dans l'importance du tableau clinique. Parmi les signes psychiques méritent d'être soulignés les troubles de la mémoire, la fuite des idées, les troubles de l'humeur et certaines manifestations de dissociation de la personnalité.

L'auteur conclut à l'utilité de telles expérimentations pour les psychiatres, qui peuvent mieux pénétrer et analyser les sensations subjectives des malades.

FRIBOURG-BLANC.

Les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du délirium tremens, par Ferdinand MOREL. *Revue d'Oto-Neuro-Ophtalmologie*. T. XI, n° 2, février 1933.

Du point de vue optique, l'hallucination visuelle du delirium tremens ne se distingue pas du scotome positif, mais pratiquement les aspects cliniques sont fort différents. Ce dernier est provoqué et donne un résultat simple et statique. Il faut encore ne pas le confondre avec le scotome de la névrite rétrobulbaire alcoolique dont la durée est plus longue, l'association fréquente avec le scotome négatif, l'intensité plus faible et qui exige l'artifice de la fixation monoculaire.

P. CARRETTE.

Evolution variable des manifestations hallucinatoires en rapport avec le substratum organique, par Henri CLAUDE. *L'Avenir Médical*, n° 8, pp. 241-245, septembre-octobre 1934.

Le phénomène hallucinatoire implique un trouble intellectuel d'importance très variable et en rapport avec l'état du système nerveux. Le pronostic en est évidemment influencé. Dans les états toxiques, le délire domine, la réalité du phénomène sensoriel est indécise et c'est l'état affectif qui importe. S'il existe un substratum organique l'hallucination accompagne un délire discordant. Elle représente donc un phénomène dont la valeur clinique et pronostique varie essentiellement suivant la gravité des désordres cérébraux qui ont provoqué l'abaissement des facultés intellectuelles.

P. CARRETTE.

Les hallucinations volontaires, par QUERCY. *Gazette hebdomadaire des Science Médicales de Bordeaux*, n° 14, 8 avril 1934.

L'hallucination est une opération sensorielle anormale perçue et avant tout involontaire. Toutefois les perceptions suggérées, modifiées par la volonté, l'éidétisme, ont été rapportées. Ces faits méritent une étude et une critique sévère. Leur affirmation par un délirant n'est pas un argument suffisant. La recherche expérimentale de l'hallucination par le simple jeu de la volonté n'aboutit qu'à des formes élémentaires, ou à un état hypnagogique, ou à un rappel de sensation, fugace et dégradé.

P. CARRETTE.

Une forme de l'hallucination auditive verbale. L'hallucination continue, par QUERCY et HÉDOUIN. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 5, 4 février 1934.

La malade de MM. Quercy et Hédouin est une persécutée, déprimée, présénile, atteinte d'hallucinations auditives constantes à l'état de veille. Elle retrouve dans la voix son langage intérieur. A cette hypothèse de perception sans objet s'oppose la théorie du délire chez une patiente présentant des

©BIUM

acouphènes continus, inconsciente de la pauvreté de ses sensations auditives réelles, conception qui paraît liée plus logiquement aux symptômes décrits.

P. CARRETTE.

Les illusions du spiritisme. Réactions psychiatriques. (The Delusions of Spiritism. Psychiatric Reactions), par Nicholas GOTTEN et Clarence A. PATTEN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, nº 6 pp. 1331-1347, mai 1934.

La croyance aux forces surnaturelles se manifestant par des phénomènes physiques inexplicables ou en contradiction avec les lois de la nature, entraîne la communication avec l'au-delà par le psychisme ou l'intermédiaire d'un médium. MM. Gotten et Patten ont observé un cas plus exceptionnel. La malade, éduquée par un père spirite, présente un état paranoïde où le délire englobe les éléments familiaux disparus, à l'exclusion des choses et des personnes de la vie réelle vis-à-vis desquelles elle ne se départit pas d'une attitude de méconnaissance et de suspicion.

P. CARRETTE.

Intuition délirante mystique (Intuición delirante mística), par Fernando GORRITI. *La Semana Médica*. nº 2110, pp. 1948-1950, 21 juin 1934.

Les délires mystiques entrent dans les délires polymorphes des dégénérés. Les sujets observés bâtissent leurs conceptions sur des troubles variés : illusions, hallucinations, théories imaginatives. Toutefois M. Gorriti cite des observations rares de mystiques profondément persuadés, actifs, ayant édifié leur délire sur la seule intuition, réalisant une variété peu connue de délire systématisé constitutionnel.

P. CARRETTE.

Syndromes érotomaniaques, par J. LÉVY-VALENSI. *Provence Médicale*, nº 35, pp. 9-12, 15 août 1934.

Le terme d'érotomanie est dû à Esquirol, qui désignait ainsi « tous les troubles mentaux où l'amour intervient ». De nombreuses variétés contribuent à former les syndromes érotomaniaques. Pour M. Lévy-Valensi, les éléments de ces syndromes existent dans un certain nombre d'états psychopathiques. On sait qu'ils ont été complétés, schématisés et isolés dans l'érotomanie de de Clérambault, type de délire passionnel, réaction paranoïaque séparée du délire d'interprétation, observée à l'état pur ou sous une forme secondaire. La réalité du syndrome de de Clérambault est indéniable et le reste est affaire de nosologie.

P. CARRETTE.

Essai d'interprétation d'un cas de syndrome d'obsession (Ensayo de Interpretación de un Caso de Síndrome Obsesivo), par Fernando RÉBORA G. *Revista Mexicano de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal*. Nº 1, pp. 29-32, mai 1934.

Le processus de l'obsession est souvent en relation directe avec un épisode de la vie psychique. Sans faire entrer les techniques de la psychanalyse dans l'essai pathogénique il est aisé de comprendre que, chez une

©BIUM

prédisposée, un choc émotif brutal en rapport avec la vie sexuelle, reçu en coïncidence avec des perturbations atmosphériques particulièrement troublantes pourra préluder à des crises d'angoisses, déclanchées à l'occasion du retour des conditions atmosphériques défavorables.

P. CARRETTE.

Les paraphrénies (As parafrenias), par A.-C. PACHECO E SILVA. *Memorias do Hospital de Juquery* (São Paulo), nos 9-10, pp. 1-16, 1932-33.

Les paraphrénies, individualisées par Kræpelin, ont un intérêt nosologique certain. Elles groupent des délires ayant une allure semblable en tenant compte du délire lui-même beaucoup plus que de la base intellectuelle ou affective profonde, ce qui lui permet d'emprunter des syndromes à 3 autres groupes : psychose systématisée, psychose maniaque-dépressive et démence précoce, forme paranoïde, d'où 3 types de paraphrénies : systématisée, expansive et fantastique.

P. CARRETTE.

Troubles mentaux des indigènes du Sahara Algérien, par HUMANN. *La Presse Médicale,* no 53, pp. 1084-1086, 4 juillet 1934.

La pathologie mentale des indigènes sahariens est encore dominée par l'influence des êtres immatériels, « djenoun » des Arabes et « alhinen » des Touareg ou des poisons mystérieux, tel le « borhborh ». Les symptômes sont marqués de traits constants. Chez les négroïdes, on observe une suggestibilité exagérée et une tendance à la simulation. L'hystérie joue un rôle considérable dans le comportement individuel et collectif. Chez les Touareg, l'hyperémotivité et les impulsions sont habituels et exaspèrent les réactions au cours des crises délirantes. Une opposition très nette existe entre le comportement psychopathique du Targui et celui du négroïde, plus simpliste, plus voisin de l'esclave.

P. CARRETTE.

La dépression mélancolique du poète Ovide pendant son exil, par Eugène GELMA. *Le médecin d'Alsace et de Lorraine,* no du 15 janvier 1935.

Le caractère d'Ovide nous est révélé par la lecture des textes qu'il nous a laissés. La portée de tels jugements, de telles démarches ne peut aujourd'hui être interprétée qu'avec une grande circonspection. Il apparaît toutefois que la douceur d'Ovide, le charme de son commerce, sa cordialité, la faiblesse de sa volonté expliquent suffisamment ses réactions en face de l'adversité. M. Gelma classe les manifestations décrites en symptômes asthéniques, troubles nutritifs et neuro-végétatifs, signes de mélancolie. Le poète des *Elégies* ne serait pas atteint de psychose maniaque-dépressive, mais de mélancolie affective. Il y était prédisposé, c'était un cycloïde.

Un problème de diagnostic psychiatrique laisse toujours des doutes dans l'esprit quand il se pose pour un de ces êtres d'exception, poète, artiste, auxquels les manifestations que nous considérons comme pathologiques, — loin de les diminuer, — inspirent des œuvres géniales, dont la réalisation exige de hautes qualités intellectuelles, une continuité dans l'effort peu compatible avec l'inhibition mélancolique. L'intérêt d'épisodes d'allure psychopathique chez un homme de génie ne porte-t-il pas beaucoup plus sur

©BIUM

l'explication du dédoublement observé dans la personnalité que sur le diagnostic nosologique exact ? Pour Ovide, « les plaintes des *Tristes* et des *Pontiques* » s'expriment à la faveur de la guérison, mais là encore il y a matière à d'ingénieuses considérations sur la puissance, la précision, la justesse des opérations mentales. Gérard de Nerval et Maupassant nous ont donné des exemples de cette pénétration, si différente des opérations hésitantes et vagues de la mémoire d'évocation chez nos malades.

P. CARRETTE.

La palilalie chez les mélancoliques, par Giuseppe PINTUS (de Cagyliari). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Février 1934.

L'auteur cite l'observation de deux malades, l'un atteint de mélancolie d'involution, l'autre de mélancolie pure. Chez l'un, on note la palilalie, chez l'autre la palilalie jointe à la paligraphie.

Après une revue bibliographique de la question, l'auteur critique les diverses interprétations de ces deux phénomènes données jusqu'ici. Il lui semble que dans certaines maladies nerveuses et psychiques, l'émotion paraît être le *primum movens* du trouble, mais il suppose que celui-ci prend ensuite l'aspect d'automatisme. Il pense que la palilalie doit être considérée comme un phénomène localisé de préférence dans les régions du cerveau, destinées aux fonctions végétato-émotives et aux automatismes instinctifs. La paligraphie, phénomène peu connu, est un trouble du langage analogue à la palilalie. Elle se trouve associée à cette dernière et se caractérise par la répétition dans l'écriture d'une phrase ou des derniers mots d'une phrase. Comme la palilalie, elle s'exagère avec l'anxiété du sujet.

P. ABÉLY.

De la psychogénèse des dépressions réactives. (Zur Psychogenese reaktiver Depressionen), par E. JUNG (de Berne). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 2, 1934.

Plusieurs facteurs interviennent dans le mécanisme de production des dépressions réactives. Tout d'abord, ces dépressions ont leurs sources dans la vie psychique normale, sont explicables par elle comme le deuil, le repentir, l'affliction, l'indignation. Un second élément, d'ordre pathologique celui-ci, est représenté par la régression, facile à démontrer dans tous les cas ; c'est elle qui crée, en même temps que dans les névroses obsessionnelles, l'ambivalence, tantôt sous forme d'attitudes ambivalentes déterminées par la situation présente, tantôt sous forme d'une ambivalence constitutionnelle poussée à l'excès. Un troisième facteur qui intervient, c'est l'exagération du surmoi, qui se manifeste quelquefois déjà par des traits du caractère prépsychotique, et au cours de la psychose par l'existence de sentiments de culpabilité et d'auto-accusation. Enfin, il y a un facteur caractérologique, c'est l'incapacité de prendre une décision, rencontrée chez beaucoup de malades. Elle s'apparente dans une certaine mesure du narcissisme de la psychanalyse, dont elle semble constituer un des éléments de substratum psychologique.

L'auteur rapporte à l'appui de ces considérations un certain nombre d'observations, groupées d'après les principales causes constatées à l'ori-

©BIUM

gine des dépressions réactives : mariages de proches, enfants en particulier; rupture de fiançailles, infidélité et impuissance maritales ; achats, ventes, déménagements ; changements de situation professionnelle ou sociale ; pression morale ; deuils. Il ne veut d'ailleurs pas dire que ce sont là les seules causes possibles des dépressions psychogènes.

E. BAUER.

Mélancolie d'involution (Involutional Melancholia), par A.-A. WERNER, G.-A. JOHNS, E.-F. HOCTOR, C.-C. AULT, L.-H. KOHLER et M.-W. WEIS. *The Journal of the American Medical Association*, T. CIII, pp. 13-16, 7 juillet 1934.

Une mélancolie d'allure assez spéciale survient fréquemment chez des sujets en période d'involution physiologique et en particulier d'hypofonctionnement des glandes de reproduction. Y a-t-il une corrélation directe entre les 2 ordres de faits ? Les recherches des auteurs du présent travail tendraient à le prouver. C'est surtout chez la femme que les cas sont démonstratifs. Un groupe de malades est traité par des hormones endocrines hyperactives (theelin), et un autre groupe témoin reçoit des injections de sérum salé. L'amélioration assez rapide des troubles mentaux est évidente dans plusieurs cas du premier groupe en expérience, tandis que la situation reste stationnaire dans le second.

P. CARRETTE.

Aperçu historique de la littérature sur la stupeur. Observation d'un cas ayant duré 12 ans avec amnésie complète pendant 10 ans. (Historial Survey of the Literature of Stupor with the Report of a Case of Twelve Years' Duration with Complete Amnesia for Ten Years), par Charlotte MUNN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1271-1283, mai 1934.

Il est à noter que la malade, privée de toute vie psychologique pendant 12 ans, est sortie de son état sans affaiblissement psychique, en contact plus étroit avec la réalité qu'avant la maladie développée progressivement après 2 chocs affectifs et une affection fébrile.

P. CARRETTE.

La pensée dans la schizophrénie (Thought in Schizophrenia), par L.-S. VIGOTSKY (de Moscou), traduction de J. KASANIN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI. n° 5, pp. 1063-1077, mai 1934.

La pensée humaine se développe par étapes. La première comprend les idées de causalité physique. La deuxième concerne la conscience des modifications des fonctions physiologiques. La troisième s'adresse à la formation de concepts touchant le développement de la personnalité et le monde extérieur. Ce troisième stade est évidemment troublé dans la schizophrénie. La perception du moi et de l'ambiance existe chez l'enfant, mais en dehors de tout concept de relation, comme cela se passe dans les rêves. Le lien social est rompu ou bien sa formation n'a jamais été complète, d'où un abaissement d'une certaine forme de l'intellect. Ce niveau inférieur est celui de la schizophrénie. Pour M. Vigotsky tous les autres signes dérivent de ce défaut de liaison, de contact.

P. CARRETTE.

©BIUM

L'abstraction formelle de la pensée au cours de la schizophrénie, par Fernando Barison (de Ferrare). *L'Ospedale Psichiatrico*, vol. III, 1934.

Dans un très intéressant travail, l'auteur considère comme deux phénomènes distincts la tendance des schizophréniques aux idées abstraites et la tendance de ces mêmes malades à « l'abstraction formelle » de la pensée par laquelle de tels sujets, lorsqu'ils évoquent un fait concret, le conçoivent en abstrait et ainsi tendent à l'exprimer avec une terminologie de forme abstraite. Ce deuxième ordre de trame ne dérive pas directement, d'après M. Barison, de la tendance autistique. Pour lui, l'abstraction formelle constitue une réparation instinctive de la pensée schizophrénique vis-à-vis des troubles associatifs des idées. L'idée d'ordre général tend à établir un moyen d'association indirect et à combler ainsi l'interruption de ce pouvoir associatif. A son tour, la dissociation des idées peut être le fruit du déficit schizophrénique dans l'idéation réaliste des choses.

Ainsi existeraient deux sortes d'abstraction nettement différentes du point de vue psychologique : une abstraction qui est la conséquence directe de la tendance autistique vis-à-vis du réel, une autre qui se manifeste par un besoin foncier de la forme abstraite de la pensée et qui constitue un moyen de défense, de suppléance en rapport avec les lacunes de la pensée inhérentes à la dissociation des idées.

Cette abstraction formelle peut, à son tour, par une sorte de cercle vicieux, faciliter l'autisme.

P. Abély.

Le « parler à côté » schizophrénique (Das schizophrène Vorbeireden), par Hans Burkhardt. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psychiatrie*. Tome CXLV, 1933, p. 99 à 111.

Les réponses à côté sont un trouble fondamental de la pensée schizophrénique, d'autant plus important au point de vue séméiologique qu'il est plus facile à analyser que les autres troubles. L'ensemble des troubles schizophréniques (l'incapacité synthétique, le besoin et la crainte de l'expression, la tendance à l'isolement) ont une origine commune, c'est le comportement autistique. Or, le « parler à côté » en est la conséquence la plus directe. Il s'agit là d'un trouble primaire et non réactionnel. Il représente une tendance à l'évasion autistique.

Henri Ey.

Schizophrénie atténuée, par J. Nelken (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

L'auteur passe en revue les conceptions des auteurs modernes sur la schizophrénie atténuée. Il souligne, en particulier, les mérites des auteurs russes avec l'Ecole de Resenstein en tête. Nelken fait ressortir la multiplicité des manifestations et le caractère atténué de cette forme de schizophrénie où les signes psychiques se trouvent à la limite de la psychologie et de l'état morbide, et se résument en un abaissement de l'énergie et une modification du caractère. La schizophrénie s'extériorise par la nervosité, les irrégularités émotionnelles, les signes paranoïdes ou psychosensoriels ayant une teinte manifestement subjective. La dissociation de la person-

©BIUM

nalité fait défaut et sa conservation la rapproche plutôt de tel ou tel autre type psychopathique.

A l'examen physique, quatre ensembles symptomatiques peuvent être distingués : 1° cardio-vasculaire ; 2° gastro-intestinal ; 3° subfébrile et 4° endocrino-végétatif.

FRIBOURG-BLANC.

Schizophrénie précocissime ou prépubérale. Démence précoce infanto-puérile. Démence précocissime (Esquizofrenia precocísima o prepuberal. Demencia precoz infanto-pueril. Demencia precocísima), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, n° 2, pp. 181-190, 1934.

Oligophrénie, démence infantile, schizophrénie de l'enfance constituent des formes cliniques souvent identiques, impossibles à dissocier malgré la diversité des origines. La variété schizophrénique se distingue par un arrêt de développement avec troubles de la personnalité. Le syndrome neurologique est au minimum, les signes biologiques absents. Les symptômes délirants sont d'un médiocre secours ; la forme banale est celle d'une démence simple et le type paranoïde est pratiquement inexistant.

P. CARRETTE.

Contribution à la clinique de la schizophrénie chez les jeunes enfants. (Zur Klinik der Schizophrénie des frühen Kindesalters), par L GREBELSKAJA-ALBATZ, de Moscou. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXIV, 2 pl. et XXXV, 1, 1934/35.

Cette étude clinique est basée sur 22 observations de syndromes schizophréniques chez des enfants âgés de 3 à 8 ans. S'agit-il de schizophrénies vraies dans tous ces cas ? L'auteur a lui-même des doutes, et se demande si dans certains d'entre eux il ne s'agit pas de processus encéphalitiques ou dégénératifs particuliers, propres à l'enfance. Cette réserve faite, toutes les observations représentent, au point de vue de leur aspect clinique, des syndromes schizophréniques. Elles peuvent se ranger aisément en 2 groupes : 1° les cas avec début aigu et évolution aiguë ou subaiguë pendant la prepremière période de la maladie. Au point de vue clinique, ils sont caractérisés par la prédominance des troubles de l'affectivité et de l'activité, par l'intensité des symptômes « organiques » : troubles de la parole, troubles du sommeil, paroxysmes anxieux, enfin par la gravité du pronostic au point de vue du déficit intellectuel. L'hérédité fait souvent défaut dans ces cas (6 sur 9 observations) ; 2° les cas avec début lent, torpide. Le début est souvent difficile à préciser, il remonte parfois avant l'âge de 1 ans. Ce sont les troubles idéatifs et associatifs qui dominent le tableau clinique. L'évolution est plus lente, les signes de déficience sont moins accusés. Les tares héréditaires sont prononcées (hérédité nettement schizophrénique constatée dans 10 cas sur 13). Les cas appartenant à ce deuxième groupe paraissent donc être de nature nettement endogène ; leur nature schizophrénique est moins discutable que celle des cas du premier groupe.

L'auteur insiste également sur la rareté des troubles hallucinatoires, constatés dans 3 cas seulement sur 22, et des idées délirantes (2 cas sur 22), au cours des affections schizophréniques infantiles.

E. BAUER.

©BIUM

Relations entre la forme paranoïde de la schizophrénie et les délires systématisés hallucinatoires, par S. Ramirez Moreno (*Revista mexicana de psiquiatria, neurologia y medicina legal*, Vol. 1, n° 5, Janvier 1935).

Cliniquement les délires systématisés hallucinatoires et la forme paranoïde hallucinatoire de la démence précoce sont confondus parce qu'ils ont en apparence de nombreux points de contact. Pour éviter de telles erreurs de diagnostic, il est nécessaire de faire un examen plus approfondi de ces malades et d'analyser les principaux symptômes mentaux avec beaucoup de soin. Ce qui caractérise la démence précoce paranoïde, c'est, d'une part, la discordance, si atténuée soit-elle, entre les facultés intellectuelles, affectives et volontaires, et, d'autre part, l'automatisme mental, ayant pour origine des processus affectifs subconscients. Ce qui caractérise les délires systématisés hallucinatoires en général, c'est l'harmonie qui existe entre les facultés intellectuelles, affectives et volontaires, même dans le système délirant créé par les hallucinations.

Lauzier.

La concomitance des modifications organiques et psychologiques au cours d'une amélioration marquée dans la schizophrénie. (The Concomittance of Organic and Psychologic Changes during Marked Improvement in Schizophrenia), par Milton H. Erickson. *The American Journal of Psychiatry*. T. XIII, n° 6, pp. 1349-1367, mai 1934.

L'étude parallèle des états psychologique, physiologique et organique au cours des psychoses permettra peut-être de résoudre certaines questions d'interdépendances fonctionnelles. M. Erickson a observé un schizophrénique en stupeur, en dépression, puis en rémission complète. En même temps il a suivi l'évolution du poids, de la température, de la pression, de la consommation d'oxygène, des composants sanguins, de la quantité d'urine. A côté de certaines manifestations en apparence indépendantes, il a noté des fluctuations à retenir dans l'activité de l'hypophyse et les fonctions hypothalamiques.

P. Carrette.

Jumeaux univitellins discordants en ce qui concerne la schizophrénie. (Ein eineiiges, bezüglich Schizophrenie diskordantes Zwillingspaar), par Frithjof Wigers. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 3 et 4, 1934.

L'auteur rapporte l'observation de deux frères jumeaux, dont l'un seulement a été atteint de psychose schizophrénique, tandis que l'autre est resté normal. Le diagnostic de gémellité univitelline est basé sur le grand nombre de caractères physiques communs : ressemblance extrême ; même couleur des cheveux, des iris ; syndactylie symétrique des mêmes orteils chez les deux, même configuration des oreilles, même groupe sanguin. D'autre part, on constate dans le passé des deux frères les mêmes traumatismes psychiques : complexe de masturbation, conflit sexuel, conflit religieux. En outre, un seul a été atteint de troubles mentaux et présente actuellement les symptômes indiscutables d'une démence précoce. Or, on note dans ses antécédents : 1) une néphrite ; 2) une infection syphilitique. S'agit-il d'une psychose schizophrénique exogène d'origine indéterminée ? Ou un des troubles pathologiques, la syphilis par exemple, a-t-elle contribué à rendre manifeste une tare qui serait restée latente sans cela ? L'auteur laisse la question ouverte.

E. Bauer.

©BIUM

Un cas de schizophrénie chez l'un seulement de jumeaux identiques (A Caseof Schizophrenia in Only One of Identical Twins), par J. KASANIN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 21-28, juillet 1934.

L'étiologie de la schizophrénie a divisé les auteurs en trois groupes : les uns soutiennent l'origine constitutionnelle, un défaut fondamental dans le plasma du germe ; d'autres incriminent des toxi-infections accidentelles ; d'autres enfin font la plus large part aux troubles du développement de la personnalité par le fait de mauvaises conditions environnantes. Le cas des jumeaux paraît particulièrement favorable à l'étude des facteurs étiologiques. Les deux frères observés par M. Kasanin sont caractéristiques. Ils paraissent avoir terminé leur formation mentale dans les conditions semblables. Le premier a suivi une carrière dans des circonstances favorables, en harmonie avec ses possibilités. Le second, après quelques essais, dans des voies mal ajustées à ses forces, subit des échecs et cherche hors de lui-même des responsables. Il se désadapte progressivement et délire. L'auteur estime qu'à 18 ans les deux sujets étaient au même point et que les conditions extérieures seules, ont créé la psychose.

P. CARRETTE.

La manie de Bell (Bell's Mania), par S.-H. KRAINES. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 29-40, juillet 1934.

Le syndrome connu sous le nom de délire aigu par les uns, délire fébrile par les autres, confusion aiguë ou typhomanie, classé parmi les réactions encéphalopathiques des toxi-infections ou considéré comme un épisode de la psychose maniaque-dépressive a toujours été négligé. M. Kraines estime que l'intensité de ses symptômes, sa gravité, le désordre fonctionnel qu'il paraît indiquer, mériteraient de fixer plus fréquemment l'attention des médecins et des neuro-psychiatres en particulier. Nous ignorons ses causes et ses mécanismes. Nous n'avons aucune base sérieuse de pronostic et de traitement. Ses symptômes sont nets : début brusque, fièvre intense, agitation extrême, insomnie prolongée, débordement de paroles, délire véhément et sans système, troubles sensoriels et confusion, évolution rapide vers la mort par défaillance cardio-vasculaire ou vers la guérison sans séquelles. Tout cela est connu depuis la description de Bell. Elle date de 1849 et on n'y a rien ajouté d'essentiel. Aussi M. Kraines propose-t-il de garder au syndrome le nom de son auteur tant qu'on n'aura pas trouvé, pour le désigner, d'expression correspondant avec exactitude à sa nature et à son étiologie.

P. CARRETTE.

Psychoses associées à l'anémie pernicieuse avec présentation de 2 cas (Psychoses associated with Perniciouls Anoemia with a Report of Two Cases), par D.-N. PARFITT. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, n° 57, pp. 12-19, juillet 1934.

Le syndrome de Korsakoff a été décrit comme complication d'intoxications diverses : arsenic, plomb, mercure ou toxines des affections microbiennes : tuberculose, typhoïde, érysipèle ou diathésiques : diabète. La plus connue est celle de l'alcoolisme ; les plus récentes, celles de l'encéphalite épidémique, du paludisme, de l'hémorragie cérébrale. Si M. Parfitt évoque ces étiologies, c'est pour insister sur le mécanisme constant des états confusionnels

©BIUM

avec atteinte des nerfs périphériques. La psychose de Korsakoff se développe quand il y a prédisposition mentale, mais les signes neurologiques résistent en général au traitement pendant longtemps. L'insuffisance du pouvoir antitoxique de l'organisme justifie les succès de la thérapeutique par l'extrait hépatique.

P. CARRETTE.

Troubles psychiques consécutifs aux traumatismes craniens (Psychic Disturbances after Head Injuries), par Paul SCHILDER. 89e meeting annuel de *l'American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 155-188, juillet 1934.

M. Schilder a réuni 35 observations de sujets ayant subi un traumatisme violent intéressant les organes contenus dans la cavité cranienne. La preuve immédiate est fournie par le diagnostic radioscopique de fracture du crâne, la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien ou encore un ensemble clinique assez caractéristique pour affirmer une lésion encéphalique. Les manifestations psychiques les plus typiques sont l'amnésie et la confusion. Les syndromes réalisés sont la stupeur post-traumatique de Symonds et la psychose de Korsakoff. Celle-ci paraît indiquer la participation de la substance grise péri-ventriculaire de la base et des zones étendues du cortex. Tardivement on observe souvent des modifications du caractère, phases d'agitation, tristesse, apathie et préoccupations hypocondriaques qui indiqueraient la persistance d'altération des zones de Broca, de Wernicke ou du cortex pariétal. Enfin certains sujets restent hyperémotifs, inquiets, indécis à la suite d'hémorragies sévères entretenant des troubles circulatoires à la surface de l'aqueduc et du 4e ventricule dans les régions considérées comme des relais vaso-moteurs des connexions centrales neuro-végétatives.

P. CARRETTE.

Clinique et psychophysiologie du traumatisme neuro-psychique de l'enfant, par MM. A.-J. PLOTITCHER, J.-M. ESERSKY, A.-M. FOURNANOW, et M.-J. DOTŠENKO. (*Sovietskaia Nevropatologuia Psychiatria Psychoguiguiena*, 1934, T. III, fac. 7).

Sur un ensemble de 200 enfants expertisés à la suite d'un incendie survenu au cours d'une distribution de prix, les auteurs font les constatations suivantes :

Le tableau clinique des troubles observés se distingue par son polymorphisme extrême. L'intensité des troubles décroît avec l'âge de l'enfant. Les troubles somatiques prédominent nettement sur les troubles psychiques. Il semble que la réaction chez l'enfant évolue sur le plan biophysique plutôt que sur le plan psychologique, la symptomatologie réactive marque une tendance manifeste à se fixer sur la voie déjà touchée antérieurement, cependant plus le choc est vif, moins les troubles antérieurs influencent la réaction. Chez ces sujets se manifeste la tendance à la stabilisation des symptômes et au retard dans la réparation. Le tableau clinique de neuro-traumatisme chez l'enfant manque de précision, cependant quelques syndromes paraissent plus fréquents et mieux caractérisés, tels les syndromes 1° d'excitation ; 2° d'asthénie ; 3° de dépression réactive et 4° de distonie végétative.

L'infime minorité des enfants a donné des preuves d'incontestable maîtrise

©BIUM

de conduite et de sentiments. Par contre, une multitude de variétés de désordres de conduite témoigne de la désorganisation de la régulation corticale et donne de nombreuses démonstrations de réaction d'automatisme primitif.

Chez la plupart des enfants, on a pu assister à l'amélioration rapide, ce qui semble prouver d'une part que les faits observés étaient de simples réactions dues à la frayeur et d'autre part ils témoignent de la plasticité fonctionnelle de la sphère psychogène de l'enfant. Dans la liquidation des séquelles de neuro-traumatismes psychiques, un rôle prépondérant revient à l'entourage de l'enfant qui favorise ou retarde le retour de l'enfant à son état normal.

FRIBOURG-BLANC.

Lésions céphaliques. Aspects neurologiques et psychiatriques (Head Injury: Neurologic and Psychiatric Aspects), par Israël STRAUSS et Nathan SAVITSKY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 893-955, mai 1934.

Les traumatismes du crâne et de l'encéphale laissent des séquelles physiques qui peuvent être à l'origine de troubles psychiques. Les auteurs les différencient des sinistroses : la terreur et l'anxiété qui accompagnent la menace d'un accident grave donnent les névroses traumatiques. Le syndrome post-traumatique subjectif avec céphalée, vertige, incoordination, fatigue, intolérance aux toxiques, instabilité vaso-motrice est d'origine organique pour MM. Strauss et Savitsky et sous la dépendance de troubles de l'équilibre intracranien. Ils proposent la dénomination de « postconcussion syndrome » (syndrome d'ébranlement, post-commotionnel). Ils considèrent comme encéphalopathie traumatique le cas de perturbations physiologiques des mécanismes cérébraux en dehors des lésions organiques apparentes. L'absence de troubles neurologiques et l'intégrité mentale ne sont pas un critérium de l'intégrité du cerveau. Un examen clinique négatif ne prouve pas non plus la psychogénèse des symptômes. En raison de la possibilité de signes tardifs graves, les auteurs insistent sur la nécessité des recherches techniques encéphalographiques, biologiques et ophtalmologiques.

P. CARRETTE.

Langage, Aphasie et Réflexes conditionnels (Sprache, Aphasie und ledingte Reflexe), par G. MARINESCO et A. KREINDLER (Bucarest). *Zeitschrift für die ges. Neuro. und Psychiatrie* 1933, tome CXLV, p. 127 à 164.

Les auteurs, qui donnent au début de leur intéressant travail, un exposé bref et clair des divers mécanismes de la réflectivité corticale selon les conceptions de Pawlow, font ensuite une analyse des fonctions du langage, de l'apprentissage du langage chez l'enfant sur le modèle des acquisitions dont le réflexe conditionnel est le schéma de base. Le développement du système de signes verbaux (relations de comportement avec des cris, des gestes, etc.) chez les animaux, leur paraît obéir aux lois mêmes de l'édification des systèmes de réflexes conditionnels (inhibition et induction réciproque). Après cette analyse du langage considéré — un peu schématiquement — comme une série de chaînes de réflexes conditionnels, Marinesco et Kreindler étudient la dissolution des fonctions du langage de type aphasique. Rappelant la conception physiologique de Nissl von Mayendorf, les analyses structurales de Goldstein et les études de Head, ils insistent sur l'orientation « unitaire » et physiopathologique des idées sur l'aphasie.

©BIUM

Les troubles observés peuvent être traduits en termes de réflexes conditionnels (cf. *Tableau récapitulatif*, p. 157). De l'étude des processus dynamiques de l'analysateur auditif chez quatre malades, est tirée la partie proprement expérimentale de travail (établissement de divers réflexes à composante acoustico-verbale). L'induction réciproque, l'irradiation, la concentration, les diverses modalités de l'inhibition interne sont troublées et expliquent les symptômes aphasiques. Brève mais intéressante bibliographie.

Henri Ey.

Étude de l'aphasie (A Study of Aphasie), par Theodore-H. Weisenburg. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, nº 1, pp. 1-33. janvier 1934.

M. Weisenburg analyse les travaux de Charles K. Mills sur l'aphasie. Il observe que les syndromes de localisation précise ne répondent pas à la réalité clinique courante. Toute aphasie est complexe et comporte une dose plus ou moins forte de déficits variés moteurs et psychiques. Le procédé d'exploration utilisé comporte des tests qui tirent leur valeur d'une superposition avec les réponses des sujets considérés comme normaux ou avec d'autres individus atteints de troubles mentaux, les uns et les autres comparables aux aphasiques par ailleurs.

La classification adoptée est la suivante : l'aphasie répond 1° à des désordres de l'expression ; 2° à des désordres de la réception ; 3° à une association des précédents ; 4° à une amnésie. Dans la pratique, le syndrome observé ne correspond pas à une catégorie seule, mais à une prédominance de telle catégorie, parfois avec un certain degré de confusion ou d'affaiblissement mental, ou encore avec un déficit d'autres fonctions se traduisant par une amnésie motrice ou apraxie par exemple, par un trouble de la reconnaissance matérielle ou agnosie.

P. Carrette.

Contribution à l'étude des fonctions artistiques perturbées dans l'aphasie sensorielle (Zur Kenntnis der gestörten künstlerischen Leistüng bei sensorischer Aphasie), par G. Engerth et H. Urban (Vienne). *Zeitsch. f. d. ges. Neuro und. Psych.*, 1933, Tome CXLV, p. 752 à 787.

Voici encore un beau travail de l'Ecole de Pötzl. Les auteurs rapportent une observation bien analysée d'un sculpteur devenu aphasique. Les troubles de sa production artistique ont suivi l'évolution du syndrome global, dont la régression a été aussi intéressante au point de vue de l'autotopoagnosie associée à l'agnosie tactile, présentées par le malade qu'au point de vue de l'activité productrice. Très intéressante iconographie.

Henri Ey.

La syphilis dans la tragédie de Shakespeare, Timon d'Athènes (Syphilis in Shakespeare's Tragedy of Timon of Athens), par Andrew-H. Woods. 90e meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, nº 1, pp. 95-107, juillet 1934.

Le personnage de Timon d'Athènes, nous a été transmis par l'histoire sous des dehors assez peu favorables. Seul Lucien montre quelque bienveillance à son égard. Il fait état de sa générosité et impute sa ruine à des amitiés perfides. Shakespeare n'ignorait pas la médecine de son temps et la psychiatrie l'intéressait. Il nous présente Timon comme un grand seigneur

©BIUM

libertin atteint de syphilis, dont le jugement se trouble, qui se perd en prodigalités et meurt subitement. La tragédie, parue en 1608, nous montre une victime de la démence paralytique. L'auteur ne soupçonnait évidemment pas la pathogénie du mal, mais, à cette époque, Fracastor et Stubbes avaient déjà parlé des désordres mentaux observés chez les syphilitiques et peut-être Shakespeare ne l'ignorait-il pas.

P. CARRETTE.

A propos de la paralysie générale et des psychoses syphilitiques en Cochinchine, par P. DOROLLE. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indochine,* n° 6, juin-juillet 1934.

Au cours d'une période d'un semestre environ, M. Dorolle a observé, sur 171 malades mentaux dans le service spécialisé de Cho-quan, 8 paralysies générales dont 2 tabétiformes, 3 démences par syphilis cérébrale diffuse, 2 psychoses syphilitiques. Il ne s'agit là que de malades agités ou antisociaux, car les autres ne sont pas placés à l'Asile. On peut déjà conclure que les complications nerveuses de la syphilis ne sont pas rares en Cochinchine. Les sujets sont atteints d'infection palustre ancienne et les déboires de la malariathérapie ne se comptent plus.

P. CARRETTE.

La syphilis est-elle la cause unique du tabès et de la paralysie générale ? (¿ La Unica Etiologia de la Tabes y de la Parálisis general es la Sífilis ?), par SANTIAGO RAMIREZ. *Revista Mexicana de Psiquiatria, Neurologia y Medicina Legal.* N° I, pp. 21-24, mai 1934.

L'auteur cite les cas de paralysie générale et de tabès pour lesquels la preuve de la syphilis acquise ou héréditaire est impossible à faire aussi bien par la clinique que par le laboratoire. Pourquoi, dit l'auteur, ne pas chercher ailleurs la cause du syndrome observé ? Les possibilités thérapeutiques s'en trouveront augmentées.

P. CARRETTE.

La paralysie générale à l'asile d'aliénées de Bordeaux de 1924 à 1934 par QUERCY, de BOUCAUD et HÉDOUIN. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux,* n° 43, 28 octobre 1934.

Les auteurs se sont appliqués à comparer le plus souvent possible les cas cliniques et biologiques, les situations créées par le traitement et sans lui, l'effet des cures les plus variées. Une constatation capitale s'impose d'abord : le pourcentage des paralytiques générales admises a diminué de moitié. La malaria, seule ou associée au stovarsol, possède le meilleur bilan thérapeutique. Dans 60 0/0 des cas, il y a discordance d'évolution entre le syndrome clinique et les réactions biologiques.

P. CARRETTE.

Tabès et psychose (Tabes e Psicose), par Waldemiro PIRES. *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria,* n° 5, pp. 6-13, septembre-octobre 1933.

La fréquence des états paranoïdes signalés à la suite de la malariathérapie de la paralysie générale a enlevé à la démence tabétique de Pierret

©BIUM

ses dernières chances d'individualisation clinique. Toutes les formes de psychoses accompagnent le tabès. M. Pires cite, parmi les plus fréquentes : la confusionnelle, la maniaco-dépressive et la paranoïde hallucinatoire qui, par l'allure de ses manifestations sensorielles, mériterait peut-être la dénomination de psychose tabétique.

P. CARRETTE.

Problème des psychoses de l'âge présénile et sénile, par J. MEISSNER (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

L'auteur s'élève contre la fatalité avec laquelle on porte le diagnostic de psychose sénile ou présénile. Les bases qui servent ordinairement à porter ces diagnostics manquent de précision de même que les limites de la vie humaine ne peuvent être strictement fixées. Il en résulte que la délimitation des psychoses involutives n'est pas fondée et les partisans des psychoses séniles et préséniles isolées en unités cliniques doivent trouver des bases nouvelles pour appuyer leur diagnostic.

Seules les psychoses dues à l'artério-sclérose incontestable trouvent une place justifiée dans cette catégorie de maladies.

FRIBOURG-BLANC.

Psychoses familiales organiques du type Alzheimer (Familial Organic Psychosis [Alzheimer's Type]), par K. LOWENBERG et R. W. WAGGONER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, pp. 737-754, avril 1934.

MM. Lowenberg et Waggoner rapportent une histoire pathologique familiale des plus suggestives. Deux générations sont présentées avec des points de départ morbides nombreux et complexes. L'hérédité se manifeste pour 5 membres par un syndrome de sclérose cérébrale avec une réelle unité histopathologique et qui répond à la maladie d'Alzheimer. Cette dernière semble devoir subir de nouvelles vicissitudes nosologiques. Elle serait, non une variété de syndrome présénile, mais une cérébropathie qui, sur un terrain favorable, se développerait suivant un type involutif, adulte et peut-être même juvénile.

P. CARRETTE.

Contribution à la question de la démence au cours de la maladie de Pick, par N.-B. SAMUCHIN, G.-B. BIRENBAUM et L.-S. WYGOTSKY (*Sowietskaia Nevropatologuia, Psychiatria i Psichoguiguiena*, T. III, 1934 Fasc. 6).

Les auteurs, relatant les détails de deux observations de maladie de Pick, étudient les problèmes que pose cette forme de démence. Ils s'attachent particulièrement : 1° à l'évaluation et l'interprétation des « plus » et des « moins » symptômes correspondant à chaque cas particulier ; 2° à synthétiser les signes observés pour en faire un faisceau homogène qui souligne pour la démence de Pick ses caractères à la fois affectifs et intellectuels dont la réunion est essentielle dans cette forme de démence. 3° Enfin les auteurs cherchent à établir un lien entre l'étude expérimentale qu'ils ont entreprise et l'analyse clinique de la personnalité des malades.

Au point de vue de l'interprétation de la démence l'étude de ces deux malades prouve que les troubles démentiels dans leur incohérence appa-

©BIUM

rente possèdent une structure déterminée, typique et rationnelle. Les troubles de la parole existent malgré leur imprécision et leurs caractères apparemment différents dans les deux cas. Ils peuvent être rattachés à l'aphasie envisagée dans son sens le plus large.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la maladie de Pick, par PIÑERO et ORLANDO *Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal,* Tome XXII, n° 127, Février 1935).

La maladie de Pick est une forme de démence présénile caractérisée du point de vue anatomopathologique par une atrophie cérébrale bilatérale symétrique, à localisation fronto-temporale. Cliniquement elle apparaît entre 50 et 60 ans sous forme d'une démence à évolution progressive, sans ictus, et fréquemment accompagnée de symptômes de foyer : troubles aphasiques, agnosiques et apraxiques, inertie, apathie, amimie, tendance au mutisme, etc... Elle est due à un processus primitif de l'ectoderme indépendant de lésions vasculaires. Cette maladie évolue soit sous une forme aiguë qui dure de 3 à 4 ans, soit une forme lente qui peut durer de 10 à 15 ans avant l'issue fatale. Une observation détaillée d'une malade de l'hospice de Las Mercedes, illustre cet article.

LAUZIER.

Une forme familiale d'oligophrénie avec dépôts symétriques calcaires dans le cerveau, en particulier dans les noyaux de la base, démontrés par la radiographie. (Eine familiär auftretende Form von Oligophrénie mit röntgenologisch nachweisbaren symmétrischen Kalkablagerungen im Gehirn, besonders in den Stammganghlie), par R. FRITZSCHE. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie,* vol. XXXV, fasc. 1er, 1935.

Trois frères et sœurs, habitant un village suisse très isolé, présentent un état d'oligophrénie modérée avec association de troubles neurologiques, tels que parkinsonisme léger, troubles des attitudes, troubles cérébelleux légers, dysarthrie rappelant celle de la paralysie générale. A la radiographie on constate l'existence d'ombres calcaires localisées dans les noyaux centraux, le centre ovale, et, chez le sujet atteint de troubles cérébelleux, dans la fosse cérébrale postérieure. L'auteur discute les causes qui prédisposent aux concrétions calcaires intracérébrales : encéphalopathies infantiles, processus inflammatoires, intoxications, facteurs constitutionnels et héréditaires, avec cumulation très possible des tares dans un village où, par suite de l'isolement, les mariages consanguins sont très fréquents.

E. BAUER.

Contribution à l'étude du développement de l'enfant post-encéphalitique, par M.-S. PEVZNER. (*Sovietskaia Nevropatologuia Psychiatria Psychoguiguiena,* 1934, T. III, fasc. 7).

Sur un matériel clinique de 10 enfants l'auteur étudie l'empreinte laissée par l'encéphalite épidémique sur le développement psychique des petits malades. Les signes résiduels les plus fréquents sont : troubles du sommeil, lenteur de l'idéation, mouvements choréo-athétosiques, quelques troubles de la parole, léger arrêt de développement physique, mais les séquelles les plus

©BIUM

fréquentes sont d'ordre psychique. L'auteur les réunit en trois groupes : 1° dans le premier groupe prédominent l'agitation motrice, l'inaffectivité, les troubles du caractère, la boulimie ; 2° dans le deuxième, le mensonge, le vagabondage, la grossièreté, le vol, l'irritabilité ; 3° dans le troisième, l'instabilité dans le travail et les relations, le puérilisme, l'impossibilité de se défendre, la suggestibilité, l'absence de volonté.

Le développement psychique de l'enfant post-encéphalitique est dont fortement lésé, mais les troubles caractérologiques qui le marquent prouvent plutôt l'absence du caractère que son dérèglement. Le sentiment de personnalité, la critique de la situation et la volonté font défaut. Jugés superficiellement, les post-encéphalitiques rappellent les psychopathes constitutionnels, mais, en réalité, ils en diffèrent profondément, précisément en raison de l'absence des traits caractérologiques toujours bien accusés chez les psychopathes constitutionnels. Les traits qui marquent les enfants post-encéphalitiques permettent de faire espérer que la rééducation précoce et rationnelle de ces enfants pourrait donner des résultats favorables au point de vue éducatif.

FRIBOURG-BLANC.

A propos de la cause de la mort dans certaines psychoses (Concerning the Cause of Death in Certain Psychoses), par G.-M. DAVIDSON. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 41-57, juillet 1934.

Il n'est pas rare de voir, au cours de certains états d'excitation, des malades, jeunes, indemnes de tares physiques, mourir après quelques jours d'un état fébrile soit avec des troubles respiratoires d'allure pneumonique, soit avec des désordres cardio-vasculaires. L'étiologie de ces accidents reste obscure et l'auteur formule une succession d'hypothèses. Le refus d'aliment provoquerait des modifiations trophiques brutales en même temps qu'une perte rapide de poids. La région hypothalamique se montrerait la plus sensible à ces changements et engendrerait une dystonie capillaire particulière, dangereuse en certains points. La libération des toxines serait massive. Elles ont été identifiées avec les substances H. de Lewis. Les troubles fonctionnels des capillaires handicapent la régénération sanguine par oligémie artérielle et collapsus cardio-vasculaire. Dans certains cas, l'autopsie ne nous apprend rien, mais il est indiscutable que très souvent elle nous montre, dans ces complications mortelles, des signes de bronchite capillaire et un énorme œdème pulmonaire.

P. CARRETTE.

Quelques aspects du suicide (Some Aspects of Suicide), par D.-A. MAC ERLEAN. *The Irish Journal of Medical Science*, VI^e^ série, n° 102, pp. 241-254, juin 1934.

La justification sociale du suicide n'est pas défendable. C'est une réaction tantôt manifestement pathologique, signe d'affection mentale, tantôt imputable à des mobiles en apparence logiques : maladie physique incurable ou ruine morale. M. Mac Erlean range beaucoup de ces dernières réalisations dans le cadre de l'hystérie. Pour les autres, il montre que les cas particuliers ne sont pas recevables. La loi naturelle condamne le suicide comme aussi la loi morale. Son acceptation de principe ne marquerait qu'une régression dans l'ordre établi. C'est une tentative d'attentat contre l'instinct de conservation de l'espèce et le point de vue individuel ne saurait faire oublier l'importance anti-sociale de sa malfaisante puissance de suggestion.

P. CARRETTE.

©BIUM

PSYCHANALYSE

La psychologie individuelle (Psihologia individuala), par Trude BERARU. *Analele de Psihologie*. N° 1, pp. 66-77, 1934.

M. Bararu nous propose quelques variations sur les thèmes chers à Adler. Il prend la psychologie individuelle dans le sens de procédé curatif et prophylactique des psycho-névroses et des états d'inadaptation sociale. La connaissance de cette psychologie comprend les moyens de mettre à nu l'inconscient par l'étude des rêves, rêveries, associations d'idées et souvenirs. Elle peut résoudre des conflits générateurs de psycho-névroses ; elle peut servir de discipline à tout individu désireux de progresser dans la connaissance de soi-même. Ainsi la masse des réactions attribuées à l'hérédité, aux instincts, à l'inéité se réduit au profit des manifestations que le sujet peut influencer par l'éducation de ses facultés.

P. CARRETTE.

Réflexions sur l'organisation « phallique » de l'instinct sexuel, par R. MARKUSZEWICZ (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

L'auteur expose l'opinion de Freud sur l'organisation phallique qui est la troisième organisation prégénitale de l'instinct sexuel infantile et constitue la base du complexe d'Œdipe. Markuszevicz soumet cette hypothèse à une critique minutieuse et conclut que cette conception est trop hétérogène. Il démontre que le rattachement du complexe d'Œdipe à l'organisation phallique permet d'envisager ce dernier comme génital, ce qui est incompatible avec la différence fondamentale entre l'organisation sexuelle de l'enfant et celle de l'adulte. Les faits positifs pouvant prouver l'organisation phallique manquent tandis que les contradictions et les réserves d'ordre théorique obligent à croire que l'hypothèse de Freud n'est fondée que sur les imaginations maladives de certains névrosés.

FRIBOURG-BLANC.

Valeur psychiatrique de la différence sexuelle dans le geste du lancer, par P. SCHIFF et Mlle ANNE DU TILLET. *Bull. Soc. de Sexologie*, Décembre 1934.

L'enquête expérimentale des auteurs ne leur a pas permis de vérifier leur hypothèse première, à savoir que le geste masculin du lancer observé avec une fréquence plus grande dans le cas de délire hallucinatoire, pourrait déceler chez ces malades des tendances homosexuelles refoulées qui, pour les psychanalystes, seraient « la base psychologique de maintes psychoses hallucinatoires » et aider au diagnostic précoce de ce syndrome.

A. COURTOIS.

La psychanalyse de la psychose maniaque dépressive (The Psychoanalysis of Manic-Depressive Psychosis), par Clarence-A. NEYMANN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXX, n° 1, pp. 24-31, juillet 1934.

Les considérations psychanalytiques à propos de la psychose maniaque-dépressive ne manquent pas, mais en dehors des spéculations et des hypothèses on trouve peu d'études de cas courants. L'auteur a pratiqué l'analyse complète et prolongée d'un patient. Il se refuse à tirer des conclusions dog-

©BIUM

matiques. Il constate simplement qu'à la suite de la guérison de la crise traitée par lui, les périodes de légère excitation n'ont pas réapparu et que la famille, tout d'abord hostile, se plaît aujourd'hui à reconnaître un heureux changement du comportement du malade. P. CARRETTE.

Le criminel à la lumière de la psychanalyse, par G. BYCHOWSKI (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

L'auteur donne un aperçu de l'application de la psychanalyse en criminologie. Il expose les théories psychanalytiques dans leur application aux délinquants et souligne l'importance des conflits infantiles dans les réactions antisociales de toutes les périodes de la vie. Ainsi il apparaît que la structure de certains actes criminels ressemble aux symptômes névrotiques comme le prouvent certains crimes commis dans la littérature médicale. L'importance des motifs cachés dans la conscience des délinquants doit être soulignée par l'expertise médicale pour laquelle la simple constatation de l'existence d'une psychopathie est insuffisante. La psychanalyse peut rendre des services importants au point de vue de la prophylaxie de la criminalité infantile et juvénile. Elle fait envisager sous un angle nouveau la psychologie de la peine imposée au criminel et ouvre des perspectives nouvelles sur la réforme du droit pénal et des systèmes pénitentiers dont un des problèmes les plus importants est la réadaptation sociale des antisociaux.

FRIBOURG-BLANC.

NEUROLOGIE

La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques, par B. POMMÉ et R. NOEL. *Revue Neurologique*. T. II, n° 1 ; pp. 1-30, juillet 1934.

L'étude des névrites et des myopathies s'est trop longtemps désintéressée du sort des plaques motrices, zones de jonction myoneurale. MM. Pommé et Noel rappellent leurs caractéristiques anatomiques normales et montrent leurs altérations dans les polynévrites, les myopathies, les recherches expérimentales avec le curare et la vératrine, leur aspect très particulier dans les syndromes parkinsoniens. Ces études touchent à celles de l'état de la fibre musculaire et de sa chronaxie, à celles des capillarites observées dans les terminaisons musculo-nerveuses à propos desquelles les auteurs présentent des observations intéressantes sur les dégénérescences, les atrophies et les troubles nerveux post-sérothérapiques. P. CARRETTE.

Physiologie du nerf grand hypoglosse, par B. POMMÉ et J. DUGUET. *Gazette des Hôpitaux*, n° 66, pp. 1181-1186, 18 août 1934.

Physiologie du grand hypoglosse égale pour nous motricité de la langue. Par extension, la XII[e] paire contribue à coordonner l'activité réflexe du carrefour aéro-digestif. MM. Pommé et Duguet ont bien recherché, par des observations anatomo-cliniques et par l'expérimentation, à savoir si le nerf étudié jouait un rôle dans l'innervation sensitive et vaso-motrice, autrement que par des anastomoses et des voies d'emprunt, mais leurs conclusions sont négatives et ne s'écartent donc pas des notions classiques.

P. CARRETTE.

©BIUM

La localisation du centre médullaire du nerf phrénique. (Zur Kenntniss des spinalen Phrenikuskernes, par Anders KRISTENSON). *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 3-4, Copenhague, 1934.

L'examen de la moelle cervicale après coloration d'après la méthode de Nissl chez un tuberculeux mort un an et demi après phrénectomie droite a permis d'identifier une zone d'atrophie pigmentaire, nettement délimitée, au niveau des 3e et 4e segments cervicaux. Les cellules atrophiques sont groupées par petits amas dans la partie centrale interne de la corne antérieure. L'auteur en a compté 1.103, 400 au niveau du 3e segment cervical, 700 au niveau du 4e segment ; 5 planches représentent les coupes examinées et les aspects des cellules atrophiques illustrent le travail.

E. BAUER.

Le réflexe cornéo-mentonnier de Flateau au cours des affections corticales et extra-corticales, par L. LIPSZOWICZ (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XI, nº 43 du 22 novembre 1935 et nº 44 du 29 Novembre 1935).

En se basant sur de nombreuses observations dont l'auteur retrace les caractères cliniques, Lipszowicz étudie spécialement le réflexe cornéo-mentonnier de Flatau dans le but de son utilisation diagnostique.

Il semble que les foyers qui déterminent le réflexe cornéo-mentonnier doivent être recherchés dans l'encéphale au-dessus de la zone subpallidale jusqu'à l'écorce, peut-être même dans le lobe frontal.

Les lésions qui intéressent l'ensemble de l'écorce ne suppriment pas le réflexe cornéo-mentonnier.

Sa disposition unilatérale indique l'existence d'un large foyer destructif pédonculaire. L'abolition bilatérale du réflexe témoigne soit d'un foyer protubérantiel, soit d'une lésion pédonculaire.

Le réflexe cornéo-mentonnier a au moins trois centres : 1° dans l'écorce ; 2° dans le mésencéphale ; 3° dans le noyau bulbaire du facial.

FRIBOURG-BLANC.

Séméiologie des réflexes controlatéraux, par W. STERLING (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, nº 5 du 7 Février et nº 6 du 14 Février 1935).

L'auteur décrit les anomalies du réflexe des orteils qu'il a eu l'occasion d'observer. Il les classe en 2 catégories : 1° réflexe contro-latéral paradoxal où l'excitation plantaire du côté paralysé produit le phénomène de Babinski tandis que, pratiquée du côté opposé, elle produit du côté malade contro-latéral la transformation du signe de Babinski en flexion. D'autre part dans trois cas d'hémiplégie l'excitation plantaire du côté paralysé provoquait une flexion normale, tandis que, pratiquée du côté non paralysé, elle se traduisait par le réflexe de Babinski contro-latéral.

La seconde catégorie, le réflexe alternatif ou à bascule se manifeste lors de la recherche des réflexes de la région interne de la jambe dans la zone d'Oppenheim. L'excitation pratiquée dans cette région détermine du côté homolatéral une hyperflexion avec signe de l'éventail et, du côté contro-latéral, l'extension des orteils avec signe de l'éventail. Il peut exister encore une inversion des réflexes avec hyperextension et éventail homolatéraux et du côté contro-latéral, hyperflexion avec signe de l'éventail.

©BIUM

Entre ces 2 types, il existe des formes de transition.

L'explication pathogénique de ces phénomènes est fournie par l'étude des réflexes chez les nourrissons. L'auteur constate que le signe de Babinski paradoxal trouve sa représentation ontogénétique dans le phénomène de l'ambivalance des réflexes des orteils liée à la phase néonatale. Le phénomène de réflexe alternatif ou à bascule est reproduit par la phase correspondant aux 5 ou 6 premiers mois de la vie.

La signification clinique de ces anomalies n'est pas identique. Les réflexes paradoxaux sont caractéristiques pour les syndromes spasmodiques avancés. Les réflexes alternatifs traduisent des processus précoces dans des formes à peine ébauchées. Ainsi on les observe à la période initiale de l'installation des troubles soit de l'automatisme de la moelle soit au cours de troubles de corrélation fonctionnelle stabilisée entre le cerveau et la moelle.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la clinique et à la physiopathologie du réflexe de préhension. (Zur Klinik und Pathophysiologie des Greifréflexes), par N. KONOWALOFF. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 2, 1934.

Le réflexe de préhension de Ianischewsky est un réflexe cortical. Il se produit en cas de lésion du lobe frontal avec intégrité des centres rolandiques, c'est donc un phénomène de libération de l'écorce sensorio-motrice. L'auteur rapporte plusieurs observations cliniques et anatomo-pathologiques, dans lesquelles le réflexe de préhension était en rapport avec des tumeurs ou des lésions inflammatoires des lobes frontaux. Il rejette complètement la théorie extrapyramidale de ce réflexe, et en particulier celle qui voudrait le rattacher aux fonctions du noyau rouge. Il établit sa distinction avec le réflexe de flexion des doigts, observé dans les lésions striopalli-dalles, dans la rigidité décérébrée, chez les anencéphales, chez les fœtus à partir du 3e mois et chez les nouveau-nés ; ce dernier est un réflexe médullaire. Les opinions de l'auteur sont appuyées également par le développement phylo- et ontogénique des mouvements de préhension.

E. BAUER.

Le symptôme de Rossolimo dans les maladies générales et chirurgicales, par Z. FINKELSTEIN et M. KACZYNSKI (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XIV, n° 7 du 17 février 1935).

Sur un ensemble de mille malades atteints de diverses affections générales ou chirurgicales n'intéressant pas le système nerveux, les auteurs constatent l'existence du signe de Rossolimo dans 5 0/0 des cas. On le rencontre surtout dans les maladies toxi-infectieuses, dans les traumatismes des membres inférieurs, dans les affections pleurales, abdominales ou circulatoires. Il semble que, chez des sujets constitutionnellement prédisposés, une irritation toxi-infectieuse ou périphérique se propage à travers les voies médullaires et irradie jusqu'au centre du réflexe de Rossolimo. Ce caractère différencie le signe de Rossolimo d'autres signes pyramidaux, et invite à une certaine circonspection dans l'appréciation de sa valeur lorsqu'il se trouve isolé, néanmoins, son caractère « fonctionnel » est intéressant à souligner.

FRIBOURG-BLANC.

©BIUM

Ophtalmoplégie totale unilatérale. (Über totale einseitige Ophtalmoplégie), par M. Olloz. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXV, fasc. 1er, 1935.

L'auteur décrit un cas de syndrome de Foix consécutif à un anévrysme de la carotide interne, dans le sinus caverneux, chez une hypertendue.

E. Bauer.

La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée, par René Nyssen et Ludo van Bogaert. *Revue Neurologique*, T. II, nº 3, pp. 321-345, septembre 1934.

Le type morbide décrit par MM. Nyssen et van Bogaert ne se rattache à aucune forme connue. Il réalise une maladie familiale avec les symptômes suivants : atrophie optique et cécité totale, surdité de type central, ataxie cérébelleuse spasmodique, sans tremblement intentionnel et sans signes pyramidaux. Il s'agit d'une affection hérédo-dégénérative dont l'examen anatomique a été pratiqué et a démontré l'atteinte du nerf optique et des voies optiques jusqu'au tubercule quadrijumeau antérieur, des voies cochléaires et de l'appareil dentelé cérébelleux. Cette dégénérescence acousticо-rétino-cérébelleuse entre dans le cadre des manifestations encéphalo-médullaires héréditaires dont l'idiotie amaurotique juvénile est un autre type tout aussi frappant.

P. Carrette.

De l'anencéphalie. (Ueber Anencephalie), par W.-J.-C. Werhaart. de (Batavia). *Acta psychiatrica et Neurologica* IX, 3 et 4, 1934, Copenhague.

L'auteur rapporte les examens anatomopathologiques de 5 anencéphales, dont un ayant survécu pendant 34 heures. Des considérations d'ensemble les points suivants méritent d'être retenus. La survie pendant quelques heures ou quelques jours n'est possible qu'en cas de développement partiel des centres bulboprotubérantiels, celui-ci est toujours complet en cas de survie au-delà d'une semaine. L'absence de rigidité décérébrée chez l'enfant ayant survécu pendant 2 jours peut s'expliquer par l'absence des olives ou par l'existence d'une sorte d'hypertrophie de compensation de la partie caudale du système nucléaire extrapyramidal ; ce système comprend, en effet, selon Winkler, les grandes cellules de la substance réticulaire protubérantielle et bulbaire jusqu'aux noyaux de Monakow. L'étude structurale de tronçons médullaires supplémentaires par suite de bifurcation ou trifurcation du canal central, montre l'autonomie, du moins relative, de l'embryogenèse des systèmes médullaires. Enfin la configuration du 4e ventricule présente, dans plusieurs des cas examinés, des particularités importantes.

E. Bauer.

Lésions du lobe frontal avec manifestations cérébelleuses (Frontal Lobe Lesions with Cerebellar Manifestations), par Alfred Gordon. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, nº 4, pp. 411-422, avril 1934.

Parmi les symptômes variés observés dans les lésions frontales, il en est un groupe controversé dans son interprétation, c'est l'ataxie de type cérébelleux. M. Gordon présente cinq observations caractéristiques vérifiées à l'autopsie. La région frontale serait un centre d'équilibre et d'orientation.

©BIUM

Ces fonctions seraient troublées par lésions, ou bien corticales, ou bien siégeant sur le trajet de la voie fronto-ponto-cérébelleuse. Le diagnostic différentiel entre le syndrome frontal et le syndrome cérébelleux est en général assez simple. Dans le premier, la dissociation est la règle ; les signes, irrégulièrement dispersés, sont bilatéraux. Une stricte unilatéralité est en faveur du diagnostic de lésions cérébelleuses.

P. CARRETTE.

Tumeur cérébrale du lobe pré-frontal remarquablement tolérée, par C.-A. PIERSON. *Maroc Médical*, n° 142, 15 avril 1934.

Les cas neuro-psychiatriques les plus difficiles à diagnostiquer sont peut-être ceux où la symptomatologie fruste ne semble pas devoir imposer les recherches complémentaires de l'examen clinique. M. Pierson nous présente l'observation d'un sujet atteint de confusion amnésique avec amaigrissement et asthénie profonde, qui meurt en état de mal. L'autopsie découvre une tumeur fibro-caséeuse méningo-corticale de la première frontale droite.

P. CARRETTE.

Traumatismes et Tumeurs du Système Nerveux central, par Oreste BONAZZI (de Bologne). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Février 1934.

L'auteur émet d'intéressantes considérations d'ordre général et discute, à propos de 2 cas, de tumeurs traumatiques opérées du système nerveux central. Il pense qu'on doit accepter comme probable la source traumatique d'une tumeur maligne.

P. ABÉLY.

Les Tumeurs du mésencéphale (I tumori del Mesencefalo), par le Prof. F. GIAMULI (Rome). *Nuovo rivista di clinica ed Assistenze Psichiatrica e di Terapia applicata* 1933, 1-11.

L'auteur expose dans ses détails et ses difficultés le diagnostic des tumeurs du mésencéphale, de la calotte, des tubercules quadrijumeaux et des formations avoisinantes (pédoncule cérébelleux, cervelet, fosse moyenne, épiphyse, etc...). Ces divers syndromes sont étudiés uniquement du point de vue moteur et sensitif. Les troubles psychiques ne sont pas envisagés. Par contre, la documentation neurologique est abondante. Des aperçus physiologiques sur le pédoncule cérébral sont intégrés aux considérations cliniques.

Henri EY.

Tumeur de la couche optique et du III^e^ ventricule avec symptômes choréiques, par E. HERMAN et J. MACKIEWICZ (*Warszauskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 10 du 14-3-1935).

A la suite d'un traumatisme cranien, une fillette de 12 ans présente des céphalées, des vomissements et des mouvements convulsifs. Bientôt, s'installent l'œdème de la papille, des symptômes cérébelleux et des mouvements choréiques. La trépanation a été suivie de mort. L'autopsie a révélé l'existence d'une tumeur de la couche optique droite. La tumeur remplissait le III^e^ ventricule. Au point de vue microscopique, il s'agissait d'un astrocytome

©BIUM

fibrillaire assez nettement délimité, riche en cellules néoplasiques. Ces caractères histologiques semblent expliquer l'évolution rapide du néoplasme. Le rapport avec le syndrome choréique est difficile à interpréter. Les auteurs soulignent l'absence des symptômes du côté du III[e] ventricule malgré son inclusion dans la lumière du ventricule.

FRIBOURG-BLANC.

L'état actuel du problème des localisations de la couche optique. (Der Stand der Schhügel lokalisation), par K. BONHŒFFER. *Monatsschrift für Psychiatrie u. Neurologie*, vol. 91, fasc. 1[er], 1935.

L'auteur étudie successivement la localisation, dans la couche optique, de la sensibilité, des fonctions sensorielles, de la motilité, des fonctions végétatives, des fonctions psychiques. Les localisations auditive et visuelle sont douteuses ; des troubles olfactifs et gustatifs passagers, d'interprétation douteuse, ont été observés dans les lésions du thalamus. La nature thalamique de certains troubles choréoathétosiques est indiscutable. Certaines douleurs viscérales se rattachant à des syndromes hypocondriaques séniles et préséniles pourraient être en rapport avec des lésions thalamiques. Quant aux troubles psychiques d'origine thalamique, l'auteur émet des doutes. D'ailleurs le problème des fonctions et des localisations thalamiques est extrêmement difficile, à cause du voisinage très proche des centres juxta-ventriculaires et juxta-sylviens.

E. BAUER.

Quelques aspects de la dégénérescence hépato-lenticulaire et sa pathogénie. (Some aspects of hepato-lenticular degenaration and its pathogenesis), par Einar SJÖVALL et Arvid WALLGREN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. IX ; fasc. 3-4, pp. 435-464, Copenhague, 1934.

La concordance de troubles hépatiques et centro-cérébraux chez un sujet fait penser à la maladie de Wilson. Pour affirmer le diagnostic, il est indispensable de tirer des éléments cliniques un ensemble d'arguments en faveur d'une pathogénie unique commandant l'évolution, et si possible des données étiologiques.

MM. Sjövall et Wallgren présentent l'observation d'un cas complet : malade mort à 15 ans, début par une hépatite d'allure épidémique avec anémie hémolytique aboutissant en 2 ans à une cirrhose du foie. Il semble bien que c'est la défaillance hépatique qui a préludé à l'intoxication cérébrale. En effet, le syndrome suivant s'est développé progressivement : pseudo-sclérose avec tremblement et anneau cornéen, rigidité de type expra-pyramidal, spasme de torsion. Les lésions dégénératives ont pu être mises en évidence, strictement limitées à la substance grise des ganglions de la base et à certains points des circonvolutions 1[re] et 2[e] frontales.

P. CARRETTE.

Un complexe neurologique. Grand spasme de torsion, dystonie d'attitude, kinésie paradoxale et dystonie spastique, par C.-A. PIERSON. *Maroc Médical*. Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc, 13 juin 1934.

Dans la symptomatologie complexe observée par M. Pierson, il est possible d'isoler un syndrome de dystonie lenticulaire progressive, différenciée

©BIUM

du syndrome de Parkinson et de la maladie de Wilson. Les influences, le rôle du traumatisme, les lésions pallidales, autant de problèmes qui demandent une solution quand on aborde une telle question et auxquels les conditions d'observation du cas présent ne permettent pas d'apporter des réponses suffisantes.

P. CARRETTE.

Pseudosclérose évoluant depuis quatre ans sans troubles mentaux, par Jacques LEY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1934).

Observation détaillée d'une jeune fille de 19 ans, présentant depuis l'âge de 15 ans un *tremblement volontaire* accompagné de phénomènes spasmodiques généralisés. Il n'existe aucun signe d'atteinte pyramidale ou d'autres signes pouvant faire penser à l'existence d'une sclérose en plaques. La réduction de volume du foie, des signes sérologiques d'insuffisance hépatique (réaction de Hymans van den Bergh) et l'existence d'un anneau de pigmentation au niveau du limbe scléro-cornéen (anneau de Fleischer) permettent, malgré l'absence de troubles psychiques, d'envisager l'hypothèse d'une dégénérescence hépato-lenticulaire et de rapprocher ce cas de la pseudo-sclérose de Westphal.

SENGÈS.

Syndromes extrapyramidaux réversibles, par R. BING. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 2, 1934.

Abstraction faite de la chorée de Sydenham, les syndromes extra-pyramidaux sont dans la règle irréversibles. Les observations de parkinsonisme encéphalitique précoce guéri sans récidive, qui ont été rapportées par quelques auteurs, mériteraient d'être contrôlées. L'auteur a observé un exemple caractéristique : guérison complète d'un syndrome de Parkinson, s'étant installé immédiatement après la phase aiguë de l'encéphalite, mais récidive 1 an 1/2 après la guérison apparente, avec cette fois progression inexorable des troubles. Par contre, l'amélioration progressive a été observée dans des cas de syndrome parkinsonien avec étiologie particulière : traumatisme, 1 cas ; infection staphylococcique, 1 cas ; érysipèle, 1 cas.

E. BAUER.

Troubles extrapyramidaux, anneau cornéen et cirrhose pigmentaire au cours de la trypanosomiase africaine, par Ludo van BOGAERT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. IX, fasc. 3-4, pp. 495-509, Copenhague, 1934.

Les troubles observés par M. van Bogaert consistent en un syndrome extrapyramidal proche de la dégénérescence hépato-lenticulaire par l'akinésie, l'amimie, l'anneau cornéen brun-vert, la mélanodermie, la bradyphrénie légère et un début d'hépatite. Les notions étiologiques restaient vagues. Les premières constatations anatomiques permirent de préciser le rôle d'une trypanosomiase nerveuse déterminant une méningo-encéphalite avec participation de la substance blanche des circonvolutions, dégénérescence des noyaux gris sans localisation nette. C'est à la trypanosomiase également que l'auteur rapporte la cirrhose dite pigmentaire et la sidérose cutanéo-hépato-splénique.

P. CARRETTE.

©BIUM

Hémiathétose post-diphtérique, par Ludo VAN BOGAERT et Jacques de BUSSCHER (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, octobre 1934).

Roudinesco, qui a étudié les diverses variétés d'hémiplégie post-diphtérique, ne cite pas l'hémiathétose dans les cas relatés dans son travail. L'auteur a eu l'occasion d'en observer un cas chez une fillette actuellement âgée de 12 ans, mais atteinte à l'âge de 4 ans d'une angine diphtérique d'abord méconnue, puis traitée à l'hôpital (trachéotomie). Apparition au bout d'un mois, l'enfant paraissant guérie, d'une hémiparésie droite avec mouvements athétosiques survenus 6 mois après. L'auteur décrit en détail l'état actuel, montrant la rareté de l'hémiathétose comme complication des infections infantiles en général et de la diphtérie en particulier ; le mécanisme ne semble pas dû, dans ce cas, à un processus embolique ou thrombosique.

SENGÈS.

Un syndrome de l'aqueduc de Sylvius, par C. TRÉTIAKOFF. *Revue Neurologique.* T. II, n° 1, pp. 31-45, juillet 1934.

L'oblitération brutale de l'aqueduc de Sylvius peut se traduire par la léthargie et l'imperméabilité relative des voies circulatoires du liquide céphalo-rachidien, révélée à l'occasion de la ponction lombaire par la recherche, au moyen du manomètre de Claude, des variations de tension liquidienne : aux différents temps de l'opération, après la toux, par la compression des jugulaires (manœuvre de Queckenstedt), de l'abdomen (procédé de Stookey).

P. CARRETTE.

Diabète insipide avec syndrome de Frœhlich, par W. BARANOWSKI (*Polska Gazeta Lekarska*, T. XIII, n° 39 du 23 septembre 1934).

L'auteur relate une observation de diabète insipide traumatique avec obésité rappelant le type de la dystrophie adiposo-génitale de Frœhlich. L'interprétation des signes observés, notamment les troubles de l'élimination urinaire, le défaut de fixation des chlorures, les désordres thermiques et l'obésité survenant à la suite d'un important traumatisme cranien ont conduit l'auteur à conclure que les lésions traumatiques ont intéressé l'hypothalamus et surtout le tuber cinereum. L'examen radiologique n'a pas révélé de lésion osseuse de la région de la selle turcique. Le traitement hypophysaire a été marqué d'un échec complet.

FRIBOURG-BLANC.

Signes initiaux ou précoces de sclérose disséminée, par N.-V. MIRTOWSKY et R.-I. OUSATCHEW (*Sovietskaia Nevropatologuia, Psichiatria i Psichoguiguiena*, 1934, T. III, fasc. 2-3).

Disposant d'un matériel clinique de 36 malades atteints de sclérose disséminée, les auteurs soulignent comme particulièrement intéressant pour le diagnostic précoce de l'affection :

1° la fréquence des troubles subjectifs de sensibilité du type « allo-paralgie » et de troubles pyramidaux, sous forme de claudication intermittente médullaire.

©BIUM

2° la deuxième place revient aux signes oculaires, aux troubles vestibulaires et à l'incoordination.

3° le syndrome initial de sclérose disséminée est caractérisé par un ensemble pluri-symptomatique, la variabilité et l'instabilité de signes précoces et leur tendance à s'associer en groupes.

4° dans une moitié des cas, le syndrome initial de la sclérose disséminée a été caractérisé par les troubles subjectifs de la sensibilité et des désordres du côté des voies pyramidales. Dans l'autre moitié des cas, on a observé en plus des signes subjectifs de sensibilité, des signes oculaires et d'incoordination.

5° dans tous les cas, le syndrome initial de la maladie a été composé de l'association de désordres au moins dans deux ou trois systèmes différents.

FRIBOURG-BLANC.

Paralysie spastique familiale. (Familial Spastic Paralysis), par Arthur-H. JACKSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 6, pp. 1266-1270, juin 1934.

La paralysie spastique familiale est une véritable maladie dégénérative héréditaire du système nerveux central. C'est peut-être la plus protéiforme, la plus diffuse et la plus généralisée des affections encéphalitiques familiales à germe inconnu. Les faisceaux pyramidaux et cérébelleux directs et les cordons de Goll sont les formations blanches qu'on retrouve atteintes dans presque tous les cas. M. Jackson rapporte 4 observations : 3 typiques, c'est-à-dire répondant à la forme pure de Strümpell, première catégorie selon Rhein, la dernière, combinée, dans laquelle l'importance des manifestations extrapyramidales rappelle le type parkinsonien.

P. CARRETTE.

Sclérémie avec symptômes nerveux, par J. MERENLENDER et Mme N. ZAND (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XII, n° 10 du 14-3-1935).

Une jeune fille de 23 ans présente à la suite d'une grippe des troubles visuels suivis d'une hémianopsie transitoire qui a réapparu ensuite au cours de l'affection. Quinze jours après le début des troubles survient subitement une sclérémie qui envahit rapidement la figure, le cou, le dos et la poitrine de la malade. Les auteurs soulignent l'existence de troubles nerveux de la période prodromique et l'affaiblissement alternatif des réflexes patellaires. Au point de vue pathogénique les troubles de la nutrition de la peau semblent dépendre des désordres du système nerveux neuro-végétatif et endocrinien.

Sous l'influence du traitement opothérapique les signes s'atténuent progressivement pendant les six mois que la malade reste en observation.

FRIBOURG-BLANC.

Des paralysies dans l'hémophilie. (Über Lähmungen bei Hämophilie), par H. GÜNTHER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, vol. 91, fasc. 1er, 1935.

Les hémophiles ne sont pas particulièrement prédisposés aux hémorragies dans les centres nerveux. Tout au plus observe-t-on chez eux une disposition légèrement accentuée aux hématomes méningés ; ce sont eux qui

©BIUM

sont le plus souvent à l'origine des paralysies cérébrales ou spinales qui se produisent chez ces malades. L'auteur a décrit également un syndrome de paralysie du crural, par suite d'hémorragie dans la région du psoas iliaque, fréquent chez les hémophiles.

E. BAUER.

Les hématomes sous-arachnoïdiens et les anévrysmes cérébraux, par EGAS MONIZ. *La Presse Médicale,* nº 50, pp. 1017-1019, 23 juin 1934.

L'angiographie cérébrale est venue fixer un certain nombre de points jadis obscurs dans la question des épanchements sanguins méningés. Les ruptures vasculaires produisent une irritation méningée, mais la pachyméningite n'est pas nécessairement secondaire ; nombre de formes évoluent insidieusement chez le vieillard. D'autre part, les angiomes des artères superficielles du cerveau et les anévrysmes de la base sont plus nombreux qu'on l'avait longtemps supposé.

P. CARRETTE.

Méningites partielles, par I. DAVID-GALATZ et René DAVID. *La Presse Médicale,* nº 52, pp. 1057-1059, 30 juin 1934.

Les auteurs rappellent quelques notions de pathogénie et de clinique des méningites, à propos d'observations faites dans des cas d'otites compliquées. La thrombo-phlébite du sinus latéral est inséparable d'une réaction méningée. La méningite partielle représente un type pathologique définitif ou évolutif. Elle peut être une dure-mérite. Tous les signes sont là, et le liquide céphalo-rachidien est intact. Elle peut être une arachnoïdite, réaction de laboratoire sans expression clinique, méningite, non pas latente, mais silencieuse.

P. CARRETTE.

Méningite lymphocytaire aiguë. (Acute Lymphocitic Meningitis), par Joseph-L. ABRAMSON. *Archives of Neurology and Psychiatry.* T. XXXI, nº 6, pp. 1235-1246, Juin 1934.

Les cas de méningites rapportés par l'auteur sont vraisemblablement des formes d'inflammation légère liées à l'évolution de la poliomyélite ou de l'encéphalite épidémique. Elles sont caractérisées par une pleiocytose lymphocytique intense dans un liquide clair. Ce type de réaction est celui des virus filtrants. Le cours des manifestations est relativement bref et le pronostic favorable.

P. CARRETTE.

Syndrome sympathique cervical supérieur (Maladie de Barré-Liéou), par J.-A. CHAVANY. *La Presse Médicale,* nº 70, pp. 1379-1380, 1er septembre 1934.

Le syndrome identifié en 1925 par Barré et son élève Liéou est caractérisé par la céphalée subcontinue, les vertiges (longtemps symptôme unique survenant après les repas), les bourdonnements d'oreille, les douleurs auriculaires et oculaires. D'autres dysesthésies existent à la tête et au cou avec ou sans déséquilibre vaso-moteur. On prendrait aisément ces malades pour de simples névropathes et cependant ils sont atteints d'arthrite cervicale

©BIUM

chronique mise en évidence par la radiographie. Le cas de M. Chavany se complique d'un spina bifida occulta. Les réactions inflammatoires s'étendent aux tissus voisins. Cet ensemble d'altérations met en cause un conducteur nerveux de première importance, le nerf vertébral. Ce n'est pas une pure hypothèse, M. Barré a reproduit expérimentalement les troubles observés cliniquement par lésion du sympathique péri-artériel vertébral, branche postérieure du nerf intéressé. Il est possible que le pronostic des arthrites cervicales soit assez favorable, mais il ne faut pas oublier que dans le syndrome de Barré-Liéou, il y a plus qu'une réaction inflammatoire. Il y a en effet un syndrome sympathique évoluant fréquemment sur un terrain spécial de dystonie neuro-végétative généralisée, facteur certain d'aggravation et de sensibilisation. P. CARRETTE.

Les subluxations de la colonne cervicale, par B. POMMÉ et R. PÉCHOUX. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 novembre 1934.

Les syndromes douloureux avec torticolis produits par la subluxation de la colonne cervicale résultent d'un traumatisme le plus souvent indirect ou d'un effort violent. Toute expertise doit tenir un compte scrupuleux de l'anamnèse, car le rôle des malformations et des lésions antérieures possibles est délicat à préciser. Les signes cliniques sont généralement insuffisants pour assurer un diagnostic. Dès lors, la radiographie de face et de profil est indispensable. Sous son contrôle, on peut parfois envisager une intervention thérapeutique consistant en extension associée à une rotation corrective des attitudes vicieuses. P. CARRETTE.

Quelques remarques sur l'auto-observation d'un tabétique de qualité, par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Mary TRIVAS. *Bulletin de la Société française d'Histoire de la Médecine*. T. XXVII, n° 9 et 10, pp. 310-316, septembre-octobre 1933.

Le journal intime d'Alphonse Daudet représentait dans l'esprit du romancier quelques éléments d'une œuvre nouvelle. Foudroyé en pleine lucidité, il n'a pu nous laisser qu'une brochure, « La Doulou », ou sa douloureuse histoire pathologique est exposée avec une clairvoyance impitoyable et une sincérité dramatique. Les signes sensitifs du tabès et les essais thérapeutique des grands médecins dont Daudet sollicita les lumières forment une série de documents d'un poignant intérêt. P. CARRETTE.

Névrites postsérothérapiques, par R.-A. CHERSONSKY (*Sovietskaia Névropatologuia, Psichiatria, Psichoguiguiena,* T. III, Fasc. 7, 1934).

A propos de deux cas personnels de névrite survenue à la suite d'injection de sérum diphtérique, dont une fois à titre préventif, l'auteur fait les constatations suivantes : La névrite postsérothérapique peut survenir à la suite de l'emploi de n'importe quel sérum. Cependant sa fréquence est plus grande à la suite d'administration de sérum antitétanique. Dans la névrite d'origine anaphylactique les lésions nerveuses sont déterminées vraisemblablement par l'oedème périnerveux. La névrite est généralement unilatérale et intéresse surtout un des membres supérieurs en revêtant le type de plexite ou de radiculite. L'apparition de l'atrophie est d'un pronostic sévère au point de vue fonctionnel thérapeutique.

FRIBOURG-BLANC.

Le problème des polynévrites dites apioliques et dues à l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique, par M. SCHACHTER. *Biologie Médicale*, T. XXIV, n° 8, 435-447, août-septembre 1934.

Les polynévrites apioliques dont on trouve la description dans maints traités ne sont en réalité ni des polynévrites, ni des intoxications par l'apiol. Il s'agit d'altérations médullaires au niveau des cellules des cornes antérieures, de dégénérescences myéliniques radiculaires. L'atteinte cylindraxile et musculaire n'est que secondaire et atrophique. Les symptômes sont surtout nets au niveau des extrémités (muscles des pieds, des éminences thénar et hypothénar). Quant à l'apiol il n'est pas responsable de l'intoxication. Il faut incriminer une substance qui se trouve incorporée à l'apiol dans certains échantillons commerciaux et que l'on retrouve dans le ginger de Jamaïque, boisson alcoolique connue des usagers sous le nom de « jacke » et falsifiée par introduction du même poison que celui que l'on décèle dans l'apiol, l'acide tri-ortho-crésyl-phosphorique. C'est un poison myélinique qui, après une incubation d'une dizaine de jours, produit des troubles ataxiques d'un pronostic assez sérieux, mais néanmoins curables, dont la disparition suivrait de près un contrôle sévère des préparations pharmaceutiques et commerciales qui peuvent en renfermer.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Ossification fragmentaire de la faux du cerveau chez un paralytique général indigène, par A.-C. PIERSON. *Maroc-Médical*, n° 145, 15 juillet 1934.

L'auteur estime que le processus d'ossification de la dure-mère peut être d'origine syphilitique et qu'il importe de le différencier des tumeurs cérébrales, qui donneraient une image radiographique comparable.

P. CARRETTE.

État particulier des cellules du corps genouillé externe ressemblant à celui de l'idiotie amaurotique (Peculiar Condition in Cells of External Geniculate Body Resembling Amaurotic Idiocy), par Albert T. STEEGMANN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, pp. 701-712, avril 1934.

Les cellules du corps genouillé externe sont parmi les plus riches du système central en pigment lipoïdique. M. Steegmann a observé dans certaines formes de dégénérescence sénile une diminution marquée de ce pigment, phénomène rapporté avec d'autres localisations dans l'idiotie familiale amaurotique. L'analogie de ces types d'altérations cellulaires, qui constituent le processus décrit par Schaffer-Spielmeyer, fournit une contribution intéressante à la pathogénie des encéphalopathies.

P. CARRETTE.

Adénomes de l'hypophyse. Aspects radiologiques schématiques de la selle turcique, par P. PUECH et L. STUHL. *La Presse Médicale*, n° 55, pp. 1131-1134, 11 juillet 1934.

Le diagnostic des tumeurs hypophysaires ne peut être affirmé précocement que par deux procédés : l'examen oculaire et la radiographie de la

©BIUM

selle turcique. Les auteurs ont effectué leurs recherches dans le service de M. Cl. Vincent et les 21 photographies et dessins qui illustrent leur communication sont des plus suggestifs. Nous voyons successivement la selle turcique normale, les caractères communs aux adénomes, les selles agrandies à parois minces des adénomes chromophobes, le « bec acromégalique » des acidophiles, les types de transition et la différenciation avec les tumeurs de la fosse postérieure.

P. CARRETTE.

Tumeur à cholestérol, craniopharyngiome du corps pituitaire (Cholesterol Tumour [Craniopharyngioma] of the Pituitary Body), par F. PARKES-WEBER, C. WORSTER-DROUGHT et W.-E. CARNEGIE-DICKSON. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, n° 57, pp. 39-45, juillet 1934.

Le sujet présentait un syndrome de la selle turcique avec quelques signes infundibulo-hypophysaire. Il meurt d'une dysenterie et l'autopsie permet de découvrir un craniopharyngiome congénital à cellules squameuses, dégénéré en cholestéatome, avec disparition presque complète des éléments initiaux, en majorité éosinophiles. Il ne s'agissait donc ni d'une tumeur de la poche de Rathke, ni d'une formation de la fissure intraglandulaire.

P. CARRETTE.

Un cas d'astrocytome intravermien (Un caso de astrocitoma intravermiano), par R. BUENO. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, n° 1, pp. 79-87, 1934.

La symptomatologie des tumeurs du vermis cérébelleux offre quelques traits assez caractéristiques, comme l'antéflexion de la tête, les crises motrices avec hyperextension, le dérobement des jambes. La dégénérescence kystique des astrocystomes permet parfois une évacuation libératrice. La décompression sous-occipitale est généralement la première indication et plus tard la radiothérapie, car ces tumeurs sont très radiosensibles.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

L'Hérédité des caractères acquis, par A. GIROUD. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mai 1934.

Question toujours passionnante, à laquelle des faits expérimentaux nombreux, exposés sans partialité, paraissent apporter une réponse négative. Au cours de la discussion, M. Champy, au nom des faits paléontologiques, demande que l'hérédité acquise ne soit pas niée *a priori* malgré l'absence actuelle d'arguments expérimentaux.

A. COURTOIS.

Les conceptions relatives à l'hérédité des caractères acquis en zootechnie, par E. LETARD. *Bull. Soc. de Sexologie*, Mai 1934.

L'opinion générale des zootechniciens met en doute l'hérédité des caractères acquis, les améliorations des races animales apparaissant surtout comme l'œuvre de la sélection.

A. COURTOIS.

©BIUM

La profondeur et le rythme de la respiration normale dans les psychoses (The Depth and Rate of Respiration in Normal and Psychotic Subjects), par Arthur S. PATERSON. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XIV, n° 56, pp. 323-331, avril 1934.

La respiration du schizophrène comparée à celle d'un sujet normal montre des différences assez constantes et sensibles. Les mesures spirométriques, les résultats obtenus par la pléthysmographie indiquent que le schizophrène a une respiration inefficace, trop rapide et superficielle. M. Paterson rappelle que l'oxygénation réduite débilite l'organisme, est génératrice de troubles qui reçoivent ainsi une explication logique. Elle permettrait de comprendre le mécanisme de certains états catatoniques avec stupeur et acrocyanose, la somnolence et les hypersomnies, enfin les relations de la démence précoce et de la tuberculose.

P. CARRETTE.

Recherches avec l'autotonographe (Untersuchungen mit dem Autotonographen), par Arthur KRONFELD, Adolf MULLER et Rolf C. REINER. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psychiatrie*. Tome CXLV, 1933, p. 62 à 98.

Long et minutieux travail d'observation pratiqué sur un total de 60 sujets normaux et nerveux et 90 enfants. Les investigations ont été faites à l'aide de l'autotonographe, appareil qui permet l'enregistrement d'un diagramme de la tension artérielle, permettant, à l'aide de manchettes placées à chacun des bras, d'étudier la tension systolique, diastolique et la courbe que les auteurs proposent d'appeler la courbe-limite inférieure correspondant à la plus petite oscillation enregistrable. L'étude de ces diagrammes a permis de reprendre la question des oscillations de la pression sanguine, en relation avec les divers affects ou processus psychiques expérimentalement provoqués et enregistrés.

Henri EY.

Les variations horaires de la pression artérielle, de la fréquence du pouls, de la respiration et de la température chez les malades mentaux, par Vito-Taolo VITI (de Sienne). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Mai 1934.

L'auteur établit une statistique de 100 cas. Il remarque que toutes ces variations horaires diffèrent selon la forme de la psychose. La démence précoce, dans sa phase terminale, s'éloigne peu des variations horaires des sujets normaux.

A la période d'état, la démence précoce représente deux types : 1° dans le premier, seule la pression artérielle est plus basse dans tous les domaines ; 2° dans le deuxième, la pression artérielle moyenne est inconstante, la pression différentielle basse.

Dans l'épilepsie, les attaques convulsives sont suivies d'un abaissement net des valeurs moyennes.

Dans la psychose maniaque-dépressive, les pressions sont en général inconstantes et basses.

L'auteur croit qu'il doit exister une relation plus ou moins directe entre la lésion mentale et les centres régulateurs de la pression.

P. ABÉLY.

©BIUM

La durée de la circulation brachio-carotidienne chez les sujets normaux et dans la schizophrénie (The Arm-to-Carotid Circulation Time in Normal and Schizophrenia Subjects), par H. FREEMAN. *The Psychiatric Quarterly*, T. VIII, pp. 290-299, avril 1934.

La fréquence des troubles circulatoires chez les schizophrènes a incité M. Freeman à tenter une mesure précise par la technique de Robb et Weiss qui consiste à injecter quelques milligrammes de cyanure de sodium dans la veine médiane basilique et à noter l'apparition des premiers signes du passage au niveau du sinus carotidien : hyperpnée et tachycardie. Les recherches effectuées sur des sujets normaux et des schizophrènes indiquent, chez ces derniers, un ralentissement de la circulation et une grande variabilité du courant sanguin chez un même sujet, sous les influences les plus diverses, mécaniques ou physiologiques. P. CARRETTE.

Le métabolisme basal dans les psychoses (Grundumsatz bei Psychosen), par A. ZECKEL et S. D. POSTHUMUS (de Groningue). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIII, 2, 1934.

Les auteurs ont étudié le métabolisme basal chez 36 malades, d'après la méthode de Douglas ; ils exposent les particularités de technique et de méthode nécessaires chez les malades mentaux. Le métabolisme basal est diminué dans les états de dépression de la psychose maniaque-dépressive ; il est normal dans les névroses. Il est diminué dans la schizophrénie et dans la démence épileptique, surtout lorsque l'état démentiel est accompagné d'apathie. E. BAUER.

Recherche sur la chronaxie dans le syndrome catatonique et dans son interruption expérimentale (Ricerche sulla cornassia nella sindrome catatonica e nella sua interruziont sperimentale), par Paolo-Emilio MASPES et Fabio VISINTINI (Turin). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, mai-juin 1934.

Ces recherches ont porté sur 10 sujets étudiés au point de vue de la chronaxie et de l'action de l'amital sodique. Les auteurs ont réparti les résultats en quatre groupes, mais ils sont variables selon les examens chez un même individu. Dans un premier groupe il existait une augmentation du rapport des valeurs des muscles antagonistes dans le segment supérieur. L'amital tendait à abaisser les chronaxies élevées et à augmenter les chronaxies basses. — Dans une deuxième catégorie de résultats, il y avait inégalité des chronaxies des muscles antagonistes avec action de l'amital inconstant. — Pour une troisième classe de mensurations il y avait inversion des rapports des antagonistes au segment inférieur et inaction de l'amital. Enfin, dans certaines expériences, les auteurs n'ont noté aucune anomalie mais l'action de l'amital modifiait les valeurs initiales. — Enfin, un sujet a été étudié sous l'influence de la narcose profonde à l'éther qui a provoqué les mêmes variations de la chronaxie que l'amital sodique intraveineux sans action décatatonisante. C'est pourquoi les auteurs croient que l'action de l'amital sur la chronaxie est indépendante de l'action sur la catatonie qui est un syndrome complexe irréductible aux seuls troubles pyramidaux.

Henri EY.

©BIUM

Bulbocapnine. Effets sur les animaux atteints de lésions du système nerveux central (Bulbocapnine : Effect on Animals with Lesions of the Central Nervous System), par W. R. Ingram et S. W. Ranson. *Archives of Neurolgy and Psychiatry*. T. XXXI, n° 5, pp. 987-1006, mai 1934.

Le tableau typique de la catalepsie est produit par des doses modérées de bulbocapnine ; les doses plus fortes provoquent de l'hyperkinésie et même des crises épileptiformes. Les auteurs décrivent des phénomènes de même ordre obtenus par lésions expérimentales du système nerveux central. L'organisme est sensibilisé à la bulbocapnine par lésion du mésocéphale englobant le noyau rouge et par celle de la région rétromamillaire malgré guérison secondaire et restauration fonctionnelle. La décortication partielle, la sympathectomie ou la labyrinthectomie ne modifient pas le pouvoir de la bulbocapnine.

P. Carrette.

Etude des différentes techniques de la ponction sous-occipitale et spécialement de celle de Ravaut (Estudo das diferentes técnicas de punção suboccipital, especialmente da de Ravaut), par Alcides Benicio. *Arquivos da Assistencia a Psicopatas de Pernambuco*, n° 1, pp. 33-42, 1er trimestre 1934.

La ponction sous-occipitale par la méthode de Ravaut consiste à prélever du liquide céphalo-rachidien immédiatement à la sortie de la cavité cranienne, en plaçant le malade sur les genoux, le corps en arc, la tête en hyperflexion, de manière à augmenter au maximum l'espace occipito-atloïdien. Les examens de liquides effectués par M. Benecio donnent des chiffres qui diffèrent sensiblement de ceux que communique M. Plichet par la technique de Ravaut quant à la composition relative des liquides recueillis dans la région lombaire et dans la région cervicale. L'auteur, sans donner la préférence exclusive à la ponction sous-occipitale sur l'ancienne méthode, préconise la technique de M. Pires : decubitus latéral avec tête fléchie.

P. Carrette.

Le comportement de la substance réductrice dans le liquide céphalo-rachidien, en cas de ponction lombaire fractionnée. (Das Verhalten der reduzierenden Substanz im Lumbalpunktat bei fraktionnierter Lumbalpunktion), par Zander Izikowitz. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 3, 4. 1934, Copenhague.

Le taux du glucose céphalorachidien varie dans des fractions de liquide prélevées successivement. L'auteur a étudié ces variations chez des sujets normaux, des déments précoces, des paralytiques généraux, des périodiques, en insistant plus particulièrement sur les rapports entre la fraction initiale et la fraction terminale, la fraction initiale et la quantité totale. Sa technique consiste à prélever, après avoir laissé écouler les 10 premières gouttes, 24 cm³ de liquide en 4 parties égales. Les résultats obtenus chez les 38 sujets étudiés sont les suivants : taux plus élevé dans la dernière fraction par rapport à la première : 22 cas, taux plus bas : 13 cas ; taux plus élevé dans la quantité totale par rapport à la première fraction : 24 cas, taux plus bas : 14 cas. La proportion entre les taux du glucose dans les fractions successives n'est soumise à aucune règle. En ce qui concerne les maladies étu-

©BIUM

diées, l'auteur a trouvé des valeurs normales chez les maniacodépressifs ; dans la démence précoce, ses résultats corroborent ceux trouvés par Riser et Mériel.

E. Bauer.

Les réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien au cours des tumeurs cérébrales, par Henri Roger et Emmanuele Pekelis. *Revue Neurologique,* T. II, n° 3, pp. 346-362, septembre 1934.

Dans les cas difficiles où le diagnostic de tumeur cérébrale est soupçonné sur l'observation de signes peu nombreux et légers, la réaction cytologique du liquide céphalo-rachidien ne peut-être qu'un élément de perplexité supplémentaire. La lymphocytose oriente vers la tuberculose et la syphilis. Une tumeur sellaire est méconnue au profit de la méningite opto-chiasmatique. Quand il n'y pas urgence l'épreuve du traitement spécifique fixe parfois l'opinion. Les auteurs citent le cas d'une tumeur pinéale prise pour encéphalite épidémique et de 2 tumeurs calleuses prises l'une pour un abcès cérébral et l'autre pour une méningite cérébro-spinale à cause de la polynucléose. Ces faits n'indiquent-ils pas le danger des interprétations biologiques aveugles et systématiques auquel exposent le crédit exclusif accordé aux procédés de laboratoire et la méconnaissance des indications formelles de la clinique.

P. Carrette.

A propos du « phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien des malades mentaux, par D'Ormea et Broggi (de Sienne). *Rasseyna di Studi Psichiatrici,* Février 1934.

En janvier 1931, M. A. Donaggio présentait, à l'Académie des Sciences de Modane, la technique d'une réaction permettant de découvrir de fines perturbations du comportement biochimique de l'organisme.

Cette réaction part du principe suivant : si l'on met en présence une solution au millième ou au dix-millième d'une couleur basique d'aniline, en l'espèce : la thionine et une certaine quantité d'urines ou de liquide céphalo-rachidien additionnée d'une quantité donnée de molybdate d'ammonium (lequel fonctionne comme électrolyte), on obtient une précipitation très nette qui ne se produit pas dans certains états pathologiques.

L'absence de précipitation a été dénommée par Donaggio « le phénomène d'obstacle ».

Les auteurs discutent le mécanisme de cette réaction et pensent qu'il s'agit d'un phénomène de protection des substances colloïdales des liquides étudiés vis-à-vis de la solution colloïdale de thionine. Ce phénomène de protection est lié en règle générale aux rapports entre l'absorption et l'abaissement de la tension superficielle.

P. Abély.

Recherches de la réaction de Donaggio sur les urines des déments précoces et de quelques formes de maladies mentales, par C. Delfin, (Modène). *Note et Rivista di Psichiatrica,* Juillet 1934.

L'auteur étudiant le phénomène d'obstacle de Donaggio dans diverses maladies mentales, le trouve absent dans la démence précoce sous toutes

©BIUM

ses formes, y compris la forme catatonique, dans la démence paralytique, dans les syndromes dépressifs et psychasthéniques, dans le Parkinson post-encéphalitique. Il l'a rencontré exceptionnellement dans la démence sénile. En revanche, il l'a trouvé avec assez de fréquence dans l'excitation psycho-motrice de la manie, dans divers états de psychose maniaque-dépressive.

P. ABÉLY.

De quelques modifications biologiques dans la chryso-pyrétothérapie des psychoses, et de leur valeur pronostique, par H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et KERFRIDIN. *Le Progrès Médical*, n° 30, pp. 1209-1219, 28 juillet 1934.

Les auteurs se sont adressés à des psychoses dont l'origine toxi-infectieuse leur paraissait vraisemblable, où la tuberculose intervenait peut-être au titre de facteur étiologique. Ils ont provoqué la fièvre par des injections de sulfosine pratiquées tous les 5 ou 6 jours et ont associé ces essais à la chrysothérapie sous forme d'injections de sels d'or à doses croissantes dans l'intervalle des accès fébriles. Les constantes biologiques qu'ils ont observées leur ont paru heureusement influencées par ces tentatives. Ainsi, la courbe de floculation, réaction de Vernes-résorcine, s'élève pour passer par un maximum du 20e au 40e jour de traitement. La vitesse de sédimentation s'élève parallèlement. La fièvre détermine de l'hyperleucocytose avec neutrocytose. La cuti-réaction à la tuberculine devient positive dans quelques cas et ce réveil allergique peut être l'indice d'un pronostic médiat plus favorable.

P. CARRETTE.

Les modifications sanguines dans les asphyxies, par BOSCH et BRUNO (*Revista de Medicina legal y jurisprudencia medica*, 1re année, n° 2, Avril 1935).

Les auteurs ont réalisé, sur des animaux, diverses expériences d'asphyxies temporaires ou définitives, par suffocation, par strangulation ou par submersion. Dans tous ces cas d'asphyxies mécaniques, on note une polyglobulie et une leucocytose nette. Celle-ci comporte une inversion de la formule leucocytaire en faveur de la lymphocytose. Ces altérations sanguines ont, dans les asphyxies temporaires, une durée approximative de une heure, et elles reviennent ensuite à des chiffres normaux. Toutes ces modifications se rencontrent aussi bien dans le sang périphérique que dans celui prélevé par ponction directe du cœur.

LAUZIER.

De l'importance clinique et médico-légale du dosage de l'alcool dans le sang, (Über die Bedeutung der Alkoholbestimmungen im Blut für die forensische und die Klinische Medizin), par G. IUNGMICHEL. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1935, 10.

Le nombre des accidents de la route avec issue mortelle augmente sensiblement en Allemagne, d'après les statistiques. L'alcool doit être considéré comme responsable des accidents dans environ 10 pour cent de la totalité des cas ; cette proportion est certainement plus élevée si on ne considère que les accidents mortels ; En Suède d'ailleurs, des chiffres bien supérieurs ont été trouvés, en pratiquant systématiquement le dosage de l'alcool dans le sang des accidentés.

©BIUM

La meilleure méthode de dosage est celle de Widmark, méthode microchimique de titration iodiométrique. Aux différents degrés d'intoxication correspondent les taux suivants, établis par l'auteur et concordant avec ceux trouvés par d'autres auteurs : 0,03 pour mille, état normal ; 1 pour mille, légère excitation éthylique ; 2 pour mille, ivresse moyenne ; plus de 2,5 pour mille, ivresse grave ; plus de 3,5 pour mille, intoxication alcoolique très grave, parfois mortelle. En tenant compte de plusieurs facteurs : poids du sujet, « facteur de réduction » qui diffère selon les populations, temps écoulé depuis l'ingestion, vitesse de combustion de l'alcool, on peut calculer la quantité totale dans l'organisme du sujet, et la quantité totale qui a été ingérée.

Le dosage a été fait dans 392 accidents, dont 298 accidents de la route. Ces derniers ont donné les résultats suivants : 1,01 à 2 pour mille chez 116 accidentés, 2,01 à 3 pour mille dans 95 cas.

E. Bauer.

L'influence de la morphine sur les mécanismes glycorégulateurs (La influencia de la morfina sobre los mecanismos glucorreguladores), par L. Valenciano et L. Ortega. *Archivos de Neurobiologia*, T. XIV, n° 2, pages 191-197, 1934.

La morphine retarde, dans l'organisme, les différents temps de la transformation normale du glucose. Ce fait est un des nombreux éléments qui démontrent l'insuffisance réversible de la fonction hépatique chez ceux qui usent chroniquement des opiacés.

P. Carrette.

Modifications hématologiques déterminées par l'intoxication barbiturique. Observations cliniques et expérimentales (Modificationes hematologicas determinadas por la intoxicación barbitúrica. Observaciones clinicas y experimentales), par Rogelio E. Carratala. *La Semana Medica*, n° 2117, pp. 402-405, 9 août 1934.

L'examen du sang peut servir au diagnostic et au pronostic des intoxications barbituriques. La diminution notable des érythrocytes, une leucocytose faible, une polynucléose précoce et persistante sont d'un pronostic fâcheux. Dans les cas favorables, on est surtout frappé par la leucocytose élevée et l'anémie est peu marquée. On observe encore l'éosinophilie. Elle se maintient avec une mononucléose assez élevée dans les états graves menacés de complications. L'auteur signale en outre quelques caractéristiques chimiques : diminution du magnésium, du phosphore et du calcium, augmentation du bicarbonate ; modifications de l'équilibre du potassium.

P. Carrette.

Les azotémies d'origine nerveuse, par A. Courtois. *La Presse Médicale*, n° 57, pp. 1156-1158, 18 juillet 1934.

Les infections aiguës du système nerveux central peuvent se caractériser par des troubles confusionnels, un amaigrissement rapide et considérable, et, conséquence de cette élaboration intense de déchets, l'azotémie. Cette urémie ne s'accompagne pas des symptômes classiques de l'azotémie rénale.

©BIUM

M. Courtois a observé fréquemment ces réactions biologiques au cours des affections neuro-psychiatriques. Il publie aujourd'hui une synthèse des faits connus, qu'il résume ainsi : azotémie secondaire, aiguë, isolée, asymptomatique, sans participation anatomique du rein, décelable par nos moyens actuels d'investigation.

P. CARRETTE.

La glutathionémie chez les épileptiques, par Arturo VITELLO (d'Agrigente). *L'Ospedale Psichiatrico,* Janvier 1934.

Chez 29 épileptiques, l'auteur a étudié le contenu en glutathion du sang. Il a noté une légère tendance à l'augmentation de la glutathionémie, mais seulement au moment des accès convulsifs. En revanche, à tout autre moment, l'étude du quotient glutathion lui a donné des chiffres inférieurs à la normale.

Il suppose que cette hypo-glutathionémie habituelle des épileptiques est en rapport avec une insuffisance hépato-rénale. Il semble, en particulier, que les pouvoirs antitoxiques d'auto-défense se montrent faibles chez de tels malades, et cela parce qu'ils sont soumis à des efforts prolongés et épuisants.

P. ABÉLY.

Le calcium dans l'épilepsie (Calcium in Epilepsy), par Gwenvron-M. GRIFFITHS. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, nº 57, pp. 29-38, juillet 1934.

L'étude des variations du calcium sanguin dans l'épilepsie peut donner d'utiles suggestions thérapeutiques. La moyenne des chiffres est basse, quoique plus élevée avant les crises qu'après ; plus nette encore à l'occasion des séries de crises, de l'état de mal. Le contraste entre les accès diurnes et nocturnes se retrouve parfois inversé dans la calcémie. Enfin, M. Griffiths nous donne encore l'étude de la chute du calcium influencée par les traitements habituels : bromure et gardénal. Il serait intéressant de compléter ces considérations en les comparant avec l'évolution relative des crises de tétanie et de la calcémie. Il est d'ores et déjà établi que la réduction de l'hypocalcémie opérée par injection intraveineuse de gluconate de chaux ou par absorption de sexquiphosphate peut avoir une heureuse influence sur le nombre et l'intensité des crises comitiales.

P. CARRETTE.

Etude histo-chimique sur le calcium et le fer dans l'écorce cérébrale d'un épileptique (Estudo histo-quimico sobre o cálcio e o ferro no cérebro de um epilético) par Osorio CESAR. *Memorias do Hospital de Juquery*, nos 9-10, pp. 243-251, 1932-33.

Les conditions mécaniques et physio-chimiques de la crise comitiale sont explorées par l'expérimentation et l'observation en vue d'en préciser le mécanisme. L'auteur a noté l'exagération de la quantité de fer, et surtout de calcium, dans l'écorce cérébrale des épileptiques.

P. CARRETTE.

©BIUM

L'épreuve de Förster dans le diagnostic de l'épilepsie, par Salvadore di Mauro (de Catane). *L'Opsedale Psichiatrico*, Juillet 1934.

Cette épreuve est basée sur le principe de l'hyperpnée volontaire prolongée pendant un temps déterminé de trente minutes à une heure. Dans ce but sont construits des appareils spéciaux (appareils de Drinker, de Baudouin et Schoeffer). Cette hyperpnée produit une alcalose qui réagit sur la physiologie de l'organisme en provoquant des phénomènes vasculaires, lesquels, chez des sujets prédisposés, déclanchent des accidents comitiaux.

L'auteur a essayé cette épreuve dans 16 cas. Elle lui semble avoir une haute importance médico-légale.

P. Abély.

Recherches sur le potassium musculaire, par A. Leulier et B. Pommé. *La Presse Médicale*, n° 69, 29 août 1934.

Le potassium est un élément capital du muscle. MM. Leulier et Pommé exposent son abaissement dans les altérations musculaires des polynévrite, des paralysies et des myopathies, sa fixité, au contraire, dans les états comme le syndrome parkinsonien avec tremblement. Les recherches montrent que la modification chimique musculaire n'est pas un fait isolé, mais indique une altération anatomique de la zone de jonction et de la fibre.

P. Carrette.

ASSISTANCE

Le régime des cliniques libres pour malades mentaux en Belgique, par le Professeur Aug. Ley (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 15e année, n° 1, Janvier 1935).

Les cliniques libres sont celles où les malades ne sont pas soumis au régime de la collocation ou internement. On y entre sans autre formalité que celle d'un certificat médical relatant les particularités de la maladie et déclarant la nécessité de soins donnés dans un Institut spécial. Le développement de ces cliniques s'est produit sous l'influence des idées psychiatriques contemporaines et des progrès de l'assistance. Mais ces cliniques libres pour malades mentaux sont encore, en Belgique, notoirement illégales, et M. le Professeur Ley, Inspecteur général des Asiles et Colonies du Royaume, nous trace le tableau des difficultés juridiques et administratives qu'elles ont rencontrées. Il résume, ainsi qu'il suit, les principes généraux qui doivent présider, dans l'état actuel de la législation, à l'assistance aux malades mentaux.

I. La clinique pour malades mentaux doit, autant que possible, avoir les caractères d'un hôpital ordinaire. Elle doit comporter, pour être complète, un service fermé pour les malades internés et un service ouvert pour les malades libres, placés sous la même direction médicale.

II. Il est très avantageux que ces sections ne soient pas séparées par une cloison étanche. M. Ley cite l'exemple du service psychiatrique du Prof.

©BIUM

Bouman à Amsterdam (Wilhelmina-Gasthuis), où de deux malades, voisins de lit, l'un est officiellement interné et ne peut s'en aller quand il veut, il est déclaré K.Z. (Krankzinnig, aliéné), l'autre est libre et peut exiger son départ, il est Z.Z. (Zenuwziek, malade nerveux).

III. Les mesures de collocation officielle, avec leurs conséquences juridiques, ne devraient s'appliquer qu'aux malades protestataires et dangereux. Il est profondément injuste que pour assister un malade mental pauvre il soit obligatoire de le colloquer.

IV. La véritable garantie de la sécurité publique consiste dans le placement libre, facile, rapide avec un minimum de formalités, des malades mentaux dans des services spéciaux d'observation bien outillés.

V. La sauvegarde de la liberté individuelle, réclamée à juste titre par l'opinion publique et la magistrature, doit être basée sur une inspection médicale sérieuse, fréquente, mais discrète. Cette inspection portera sur les établissements officiels et privés pour malades mentaux et s'étendra à toutes les cliniques libres qui reçoivent habituellement des cas de maladie mentale. Une bonne inspection sera toujours plus commode à organiser et donne plus de garanties qu'une codification rigide, difficile à respecter.

VI. Une grande souplesse devrait être tolérée par l'Administration centrale comme par les magistrats, au sujet du classement dans les divers pavillons, ouverts ou non, des malades mentaux.

VII. Les visites des magistrats aux malades mentaux libres et consentants représentent fréquemment pour ces derniers une émotion et un choc défavorables. La pratique qui consisterait à faire visiter éventuellement les services où séjournent ces malades par un psychiatre compétent, fonctionnant comme expert, apparaît comme de beaucoup plus favorable.

VIII. Il est hautement désirable qu'une atmosphère de confiance s'établisse entre tous ceux qui sont chargés du contrôle et de l'inspection des établissements pour malades mentaux.

C'est un devoir pour les autorités qui ont à s'occuper des malades mentaux de s'unir pour étudier les méthodes contemporaines de traitement et d'assistance, de se tenir au courant des progrès réalisés à l'étranger et de coopérer avec le corps médical afin de parvenir à une assistance vraiment scientifique et humaine des plus malheureux parmi les malades.

LAUZIER.

THÉRAPEUTIQUE

L'Acétylcholine dans le traitement des accidents de la ponction lombaire, par A. LEMAIRE et E. BIOY. *Le Progrès Médical,* n° 48, pp. 1871-1872, 28 novembre 1934.

L'acétylcholine en injection intraveineuse provoque une augmentation brusque de la pression rachidienne. Pratiquement, pour combattre les effets hypotenseurs de la ponction lombaire, il faut recourir à l'injection sous-cutanée de 20 à 40 cgrs, dont les résultats sont durables et ont été éprouvés aussi bien préventivement que curativement.

P. CARRETTE.

©BIUM

Enveloppements humides et bains prolongés. Etude clinique des réactions à ces formes de traitement (Wet Packs and Prolonged Baths : A Clinical Study of Reactions to these Forms of Therapy), par Josef-A. KINDWALL et George-W. HENRY. 89e meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933, in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 73-94, juillet 1934.

Excellente étude technique et pratique sur l'hydrothérapie, le choix des moyens, les conditions d'application. Les auteurs insistent sur l'effet nocif des mesures coercitives et des représailles, sur le préjugé des malades vis-à-vis des enveloppements, sur la manière de suggérer la cure, sur l'utilité des bains dans une salle peu éclairée et calme chez les hallucinés, sur le mécanisme de la sédation, sur l'abstention dans les cas d'hyperémotivité à tendances perverses sexuelles. Une utilisation rationnelle n'est possible qu'avec un personnel attentif et entraîné. P. CARRETTE.

Physiothérapie (Physical Therapy), par Harry-F. HOFFMAN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 59-72, juillet 1934.

M. Hoffman montre les services rendus par la physiothérapie dans un établissement psychiatrique comme l'Allentown State Hospital. L'importance des cures n'a fait qu'augmenter depuis 1912. L'hydrothérapie a de très nombreuses indications. L'héliothérapie a pu être employée avec succès dans les dermatoses, l'anémie, la tuberculose, les arthrites. L'électricité est utilisée sous forme de courants à basse tension contre la constipation, les paralysies ; de courants à haute fréquence dans les arthrites, les parésies, les fractures, et, de plus en plus, avec une technique spéciale pour les réalisations pyrétothérapiques visant la paralysie générale et d'autres psychoses. La Roentgenthérapie des tumeurs malignes, des désordres endocriniens et des affections dermatologiques est connue.

Ces moyens de traitement ne donnent leur plein rendement que s'ils sont mis en œuvre par des techniciens (2 « full time » en moyenne) contrôlés par la direction médicale de l'hôpital. P. CARRETTE.

Etude expérimentale de l'action de l'eau de Vittel-Hépar sur le système organo-végétatif et sur diverses fonctions organiques, par D. SANTENOISE et M. VIDACOVITCH. *Annales Medicales de Vittel*, n° 6, pp. 7-9, 1935.

L'hypercalcémie, l'hypersympathicotonie et les décharges d'adrénaline observées après l'administration de l'eau de Vittel-Hépar, sont des effets précoces et fugaces, mais les auteurs insistent sur la normalisation des fonction de nutrition, résultat plus tardif et durable dû à une augmentation de l'activité parasympathique. P. CARRETTE.

Essais de thérapeutique endocrinienne dans les grands syndromes mentaux chez la femme, par André P.-L. BELEY. *Le Monde Médical*, n° 854, pp. 963-970, 1er novembre 1934.

Au cours des psychoses, l'opothérapie est utilisable, soit comme suppléance à certains troubles fonctionnels spécifiques, soit comme thérapeutique générale de la dépression, de l'excitation. Il y a donc une opothérapie directe et une opothérapie indirecte. Les résultats sont appréciables, par-

©BIUM

fois paradoxaux. La méthode n'est pas encore entrée dans une voie vraiment scientifique. L'auteur estime qu'elle doit être poursuivie dans de nouvelles observations. P. CARRETTE.

Le glycocolle dans deux cas de myopathie et un cas de myasthénie. L'opothérapie surrénale et l'extrait tubérien dans la myasthénie, par C.-I. URECHIA et Mme Alex RETEZEANU. *La Presse Médicale*, n° 64, pp. 1275-1276, 11 août 1934.

L'administration de glycocolle et de certains extraits endocriniens modifie des déséquilibres organiques liés à la myopathie et à la myasthénie. L'amélioration clinique coïncide parfois avec la régulation du métabolisme de la créatine et de la créatinine, la diminution du taux du potassium sanguin. P. CARRETTE.

Acroparesthésie et quinidine. Une enquête et une question (Acroparesthesia and Quinidine : A Query and a Quest), par Smith-Ely JELLIFFE. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXIX, n° 6, pp. 631-651, juin 1934.

Les névroses vaso-motrices sont parfois heureusement influencées par les hypotenseurs superficiels. La difficulté réside souvent dans le diagnostic. L'acroparesthésie peut évoluer par crises, sans troubles circulatoires apparents, sans signes de fibrillation. La quinidine est un meilleur vaso-dilatateur que la quinine et a donné, dans les cas rapportés par M. Jelliffe, d'excellents résultats, alors que, dans d'autres formes, elle exerce une influence fâcheuse sur le rythme central, provoquant une tachycardie bondissante. P. CARRETTE.

Les effets de l'amytal sodique sur le métabolisme (The Effects of Sodium Amytal on the Metabolism), par William DAMESHEK, Abraham MYERSON et Julius LOMAN avec Caroline STEPHENSON. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 113-135, juillet 1934.

L'amytal a été employé par voie intraveineuse et buccale, à dose massive et faible. Les effets, plus ou moins violents, sont de même type : sommeil, chute de la tension systolique, baisse de la température et diminution du métabolisme basal, sauf dans certains cas, une légère réaction inverse initiale. A l'origine de ces modifications, il faut faire intervenir le ralentissement des processus d'oxydation du tissu cérébral. C'est l'effet normal du sommeil, peut-être par action élective sur l'hypothalamus. Ces expériences sont indiquées, avec toute la prudence nécessaire, dans les cas d'agitation et chez les hyperthyroïdiens. P. CARRETTE.

L'éphédrine dans la narcolepsie (Ephedrin in Narcolepsy), par Gertrude JOHNSON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXIX, n° 6, pp. 652-655, juin 1934.

L'allaitement n'a pas constitué une contre-indication dans le cas observé par Mme Johnson. Le chlorhydrate d'éphédrine a pu être administré à la dose quotidienne de 1 gramme. La narcolepsie céda au bout de 5 jours et ne réapparut pas, grâce sans doute à la continuation du traitement pendant des mois. P. CARRETTE.

©BIUM

La narcose prolongée dans les troubles mentaux : Résultats du traitement dans 107 cas (Prolonged Narcosis in Mental Disorder : Results of Treatment in 107 Cases), par Rolf STÖM-OLSEN et Muriel L. M. Mc COWAN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXX, n° 331, pp. 658-673, octobre 1934.

On a proposé, pour remédier à l'agitation des anxieux, des maniaques, des déments précoces, de provoquer un sommeil continu, notamment par l'emploi des barbituriques, mais on sait que la méthode entraîne invariablement des accidents toxiques, parfois mortels, si on ne prend certaines précautions indispensables. Les auteurs emploient de préférence le somnifène en injections intra-musculaires de 2 cms, renouvelées trois fois par jour en moyenne, pendant 2 semaines. Au traitement, ils adjoignent la cure insuline-glucose et un régime de diète fluide. Les résultats sont favorables dans la manie, encourageants chez les schizophrènes, parfois excellents dans les psychonévroses, décevants dans la catatonie.

P. CARRETTE.

La thérapeutique par le sommeil prolongé dans une névrose réactive hyperkinétique (La terapéutica por el seuño prolongado en una neurosis reactiva hiperkinética), par Gonzalo-R. LAFORA. *Archivos de Médicina, Cirugia y Especialidades*, T. XXXVII, n° 22, pp. 585-593, 2 juin 1934.

Une névrose à type dépressif avec symptômes catatoniques éclôt chez une schizoïde. Les réactions d'allure hystérique ont résisté à divers traitement et en particulier à la pyrétothérapie. M. Lafora s'est proposé de réduire les symptômes épisodiques par le sommeil de 7 jours avec l'association dialmorphine-scopolamine (méthode de Klässi). Ce procédé lui permit de pratiquer une psychothérapie heureusement écourtée et d'obtenir la guérison.

P. CARRETTE.

Le traitement par l'atropine du syndrome parkinsonien post-encéphalitique (The Atropine Treatment of the Postencephalitic Parkinsonian Syndrome), par Felix-M. ADAMS et Powell-L. HAYS. 89e meeting annuel de l'*American Psychiatric Association*, Boston, 29 mai-2 juin 1933 in *The American Journal of Psychiatry*, T. XCI, n° 1, pp. 151-153, juillet 1934.

Le traitement par l'atropine échoue souvent dans le parkinsonisme post-encéphalitique par erreur de dosage. La résistance des sujets est parfois considérable. Les auteurs conseillent l'emploi d'une solution à 5/10 0/0 de sulfate d'atropine administrée goutte à goutte 3 fois par jour jusqu'à découverte de la dose optimum. Les résultats seraient excellents et le malade possède des moyens faciles de contrôler sa réaction, ne serait-ce qu'en regardant sa pupille.

P. CARRETTE.

Le traitement par la lécithine de quelques syndromes de sclérose multiple (Lecithin Treatment of Some Multiple Sclerosis Syndromes), par Max H. WEINBERG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 3, pp. 264-280, mars 1934.

Le syndrome de sclérose multiple est fait d'une série disparate de troubles moteurs et sensitifs, à évolution progressive, coupée de rémissions,

©BIUM

qu'aucune étiologie connue ne permet de classer dans les cadres neurologiques habituels. Une lipolyse active serait observée et l'idée de la neutraliser est devenue la base d'une thérapeutique qui, selon M. Weinberg, a donné des résultats encourageants. Les injections intra-rachidiennes de lécithine mêlée à une solution saline normale, sont sans dangers, malgré certaines réactions méningées et hyperthermiques fugaces et inconstantes. Elles peuvent être renouvelées 3 ou 4 fois, à 10 ou 12 jours d'intervalle.

P. CARRETTE.

Traitement de certains troubles douloureux des membres par l'infiltration plexulaire de solution stabilisée d'iodure de sodium, par G. DARCOURT. *Provence Médicale*, n° 38, pp. 9-13, 15 novembre 1934.

L'Iodure de Sodium stabilisé en solution à 1 %, connu sous le nom commercial de Naïodine, est utilisé en injection contre certaines douleurs, les causalgies en particulier. Le succès de la méthode dépend de la rigueur de la technique. M. Darcourt recommande d'injecter, aussi près que possible des éléments nerveux intéressés, une dose considérable, 20 à 30 cms, et de renouveler chaque jour si besoin est. L'infiltration plexulaire est seule efficace, non pas par le pouvoir antalgique de la solution, mais plutôt, semble-t-il, par une action sur le sympathique analogue à celle de la novocaïne sur les ganglions para-vertébraux.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Le secret professionnel dans les Asiles, par E. RAIGA. *L'Aliéniste Français*, n° 9, pp. 545-553, novembre 1934.

L'obligation au secret médical ne dérive pas d'un contrat de dépôt. Elle ne se limite pas non plus à une obligation contractuelle entre le médecin et le malade, car elle met en jeu, outre les deux parties, l'intérêt de la profession médicale et l'ordre public. Le malade peut délier le médecin de son secret, mais celui-ci reste juge de la conduite à tenir. M. Raiga rappelle qu'il existe des dérogations légales au secret professionnel. Légales, et non pas accordées simplement par décret ou arrêté.

La question se pose fréquemment à propos des certificats. On les délivre couramment aux intéressés pour satisfaire à des exigences administratives. Toutefois l'Administration, bien que tenue elle-même au secret, ne pourrait substituer sa responsabilité à celle du médecin. Le certificat révélant la nature de la maladie et le diagnostic du médecin traitant ne doit être délivré qu'à l'autorité judiciaire sur sa demande. En conclusion du cas concret présenté par M. Raiga, le certificat formulant un diagnostic ne devra pas être fourni à l'administration qui le demande en vue de la mise à la retraite d'un aliéné, l'état mental de l'intéressé mettant le médecin dans l'impossibilité d'obtenir une autorisation valable le déliant du secret professionnel.

P. CARRETTE.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 décembre 1935*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

L'*Assemblée générale* et la *séance ordinaire* du mois de décembre de la Société Médico-psychologique auront lieu le *lundi 23 décembre 1935*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 janvier 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1 rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 janvier 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Prix de la Société Médico-psychologique.

Les mémoires, manuscrits ou imprimés, présentés pour les *prix à décerner en 1936* (*Prix Aubanel, Prix Belhomme, Prix Moreau de Tours, Legs Christian*) devront être déposés *avant le 31 décembre 1935*, chez le Dr René CHARPENTIER, *Secrétaire général de la Société Médico-psychologique*, 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine).

Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique (Décision du 22 mars 1910).

Les conditions pour le concours des prix à décerner en 1936 ont été publiées dans les *Annales Médico-psychologiques* (numéro de janvier 1935, pages 165-166).

©BIUM

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Professeur MAIRET, ancien professeur de Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Médecine de Montpellier ;

M. le Dr Jean REBOUL-LACHAUX, ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Marseille, Médecin-Directeur de la Clinique « La Rouguière », à Marseille ;

M. le Dr TROUVÉ, ancien sénateur, Directeur administratif de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).

Nominations.

M. le Dr Louis CARON est nommé Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;

M. le Dr Jean-Michel SCHOENNAGEL est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

Mme le Dr COLLET est nommée Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bassens (Savoie) ;

M. le Dr Pierre MALE est mis à la disposition de l' « Assistance aux blessés nerveux de la guerre » à Paris, pour assurer le service de ses dispensaires et établissements destinés aux enfants anormaux (poste créé) ;

M. MALAPERT est nommé Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne) ;

M. LECHAT est nommé Directeur administratif de la Maison Nationale de Santé de Saint-Maurice (Seine).

Postes vacants.

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale.

Le *Deuxième Congrès International d'Hygiène Mentale* se tiendra à *Paris* au mois de *juillet 1937*, au lieu de la date précédemment indiquée.

VIe Assemblée annuelle de la Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale.

La *VIe assemblée annuelle* de la *Ligue Espagnole d'Hygiène Mentale* se tiendra à *Madrid* du 2 au *6 décembre 1935*, à l'occasion de la VIIe Réunion annuelle de l'Association Espagnole de Neuro-Psychiatrie.

Président : Dr Enrique Fernández SANZ.
Secrétaire général : Dr José GERMAIN.

©BIUM

Les questions suivantes ont été mises à l'*ordre du jour* de cette Assemblée :

I. *Le suicide en Espagne et son aspect psychologique et social.* Rapporteurs : Dr D. Ramón Alvarez de Toledo (de Grenade) et Dr D. Angel Garma (de Madrid).

II. *L'organisation de l'assistance psychiatrique familiale.* Rapporteurs : Dr D. Pablo Gotor (de Séville) et Dr D. Mariano Górriz (de Madrid).

III. *L'action des psychiatres auprès du Tribunal des mineurs.* Rapporteurs : Dr D. D. Nieto (de Madrid) et Dr D. J. Fuster (de Barcelone).

L'application en Allemagne de la loi sur la stérilisation. Une enquête du « Times ».

Le « Times » a publié récemment le résultat d'une enquête menée par son correspondant à Berlin sur la question de la stérilisation et sur l'accueil que lui a fait le peuple allemand.

L'application de cette loi eugénique, qui stérilisa environ 1.000 personnes par semaine pendant la première année, serait plus ou moins critiquée en Allemagne. Les requêtes de stérilisation volontaire sont extrêmement rares et les malades désignés comme devant tomber sous le coup de la loi tentent de toutes les manières possibles de s'y opposer.

Le nombre officiel de 56.244 opérations pendant la première année ne comprend qu'une partie des cas. En fait, l'application de la loi a été requise pour 84.525 cas, 42.903 chez les hommes et 41.662 chez les femmes, il semble qu'elle ait été réellement pratiquée sur la majorité de ces personnes.

On compte en Allemagne 205 tribunaux eugéniques et 29 cours d'appel. Dans la majeure partie des cas, il y a appel, mais l'appel est le plus souvent rejeté. Par exemple, sur 8.219 appels, 377 seulement ont obtenu satisfaction.

Les tribunaux eugéniques sont composés d'un juge et de deux médecins : les cas sont jugés surtout sur le rapport médical écrit, l'intéressé est rarement appelé au tribunal. 96 0/0 des cas de stérilisation sont de caractère mental, les autres s'adressent à des tares héréditaires.

Le corps médical semble en général partisan de la stérilisation. Toutefois, le psychiatre Olvald Bumke soutient que le génie artistique et littéraire est accompagné de tares héréditaires et parfois provoqué par elles; la stérilisation systématique peut donc avoir pour conséquence de faire de l'Allemagne un peuple de niveau intellectuel moyen ou même médiocre.

Le Siècle Médical, 1er décembre 1935.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 51.322

©BIUM

TOME II. — N° 5 DÉCEMBRE 1935

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS BIBLIOTHÈQUE

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'OBSESSION CHEZ RAINER MARIA RILKE

PAR

M. LAIGNEL-LAVASTINE et CH. BERLIOZ

A propos d'un article du Dr German Béritens, paru dans « Par Esos Mundos », intitulé « Pourquoi Gréco peignit comme il peignit » et démontrant que l'auteur de l'Enlèvement du comte d'Orgaz était atteint « d'astigmatisme hypermétropique ».

« ...Et cependant, pour toujours ces explications physiologiques nous demeureront dans l'esprit et contribueront à nous rendre mieux intelligible et plus émouvant, plus humain le bel artiste légendaire. »

Maurice BARRÈS.

A travers cet extraordinaire document humain que sont « les cahiers de Malte Laurids Brigge », on sent flotter une atmosphère morbide. Si l'on se penche un peu sur ces feuillets, si l'on écarte un instant tout ce que la littérature y apporte d'art, on découvre le substratum de l'œuvre, la structure organique sur laquelle Rainer Maria Rilke a cristallisé son livre admirable. Or, cette base, c'est la névrose obsessionnelle.

Bien qu'à chaque page on la sente prête à éclater et qu'on la

©BIUM

voie joncher bien des phrases de son cortège de symptômes, il est un passage où elle se trahit, pourrait-on dire, à l'état pur. Le voici :

« La peur qu'un petit bout de fil de laine, qui sort de l'ourlet de la couverture, ne soit dur, dur et aigu comme une aiguille en acier. La peur que ce petit bouton de ma chemise de nuit ne soit plus gros que ma tête, plus gros et plus lourd ; la peur que cette petite miette de pain ne soit en verre lorsqu'elle touchera le sol et qu'elle ne se brise, et le souci pesant qu'en même temps tout ne soit brisé ; qu'à jamais tout ne soit brisé, la peur que ce bord déchiré d'une lettre ouverte ne soit un objet défendu, un objet indiciblement précieux, pour lequel nul endroit de la chambre ne serait assez sûr ; la peur d'avaler, si je m'endormais, le morceau de charbon qui est là devant le poêle ; la peur qu'un chiffre quelconque ne puisse commencer à croître dans mon cerveau jusqu'à ce qu'il n'y ait plus place pour lui en moi ; la peur que ma couche ne soit en granit, en granit gris ; la peur de crier et qu'on accoure à ma porte et qu'on ne finisse par l'enfoncer ; la peur de me trahir et de dire tout ce dont j'ai peur, et la peur de ne pouvoir rien dire, parce que tout est indicible, et les autres peurs... les peurs (1). »

Il y a là une description typique, merveilleuse d'analyse, de ce qu'en psychopathologie on nomme les phobies. Aussi avons-nous essayé de rechercher, dans le cours du roman autobiographique de Rilke, et tout en éliminant les artifices à la Edgard Poë et le côté Hoffmanesque qui en masquent très souvent le noyau névrotique, les signes caractéristiques d'une maladie si exactement étudiée qu'il serait impossible, si la démonstration n'en avait déjà été faite, de nier que Rilke lui-même en fut atteint.

*
**

Dans un « monde de fièvres » Malte Laurids Brigge passe son enfance, où sa tendance à la solitude trouve un terrain favorable. Ainsi il écrit :

« Je ne parlais presque à personne, car c'était ma joie d'être solitaire ; je n'avais que de temps à autres de courtes conversations avec les chiens : je m'entendais à merveille avec eux ; la taciturnité était d'ailleurs une sorte de qualité familiale. Je la connaissais chez mon père et ne m'étonnais pas qu'on ne parlât guère pendant le dîner (2). »

(1) « *Les cahiers de Malte Laurids Brigge* », éditions Emile Paul, p. 91.
(2) *Op. cit.*, p. 40.

©BIUM

Puis, il signale :

« La solitude qu'il avait faite autour de lui, et dont la grandeur n'était pas proportionnée à son cœur (1). »

Mais il est, avant tout, un caractère, qui apparaît constamment dans l'évolution du personnage, c'est la peur :

« J'ai peur », écrit-il, « il faut faire quelque chose contre la peur (2). »

Ce sentiment engendre d'ailleurs une réaction de défense, puisqu'il note plus loin :

« J'ai fait quelque chose contre la peur : je suis resté assis toute la nuit et j'ai écrit (3). »

De cette peur, qui vient sans cesse bouleverser Brigge, Rilke donne une analyse très précise sous deux aspects différents. Dans un premier type on peut dire que la peur est localisée, objectivée, tantôt dans des choses matérielles, telles que le morceau de charbon, la miette de pain, dont nous avons trouvé plus haut les exemples caractéristiques, tantôt dans un sentiment, celui de la mort en particulier, dont le passage suivant est l'illustration :

« ...Depuis ce temps, j'ai beaucoup réfléchi sur la peur de la mort... Elle s'empara de moi en pleine ville, au milieu des gens, souvent tout à fait sans raison. D'autres fois, au contraire, les raisons se multipliaient ; par exemple lorsque quelqu'un sur un banc s'abandonnait, et tous étaient debout autour de lui et le regardaient, et il avait déjà dépassé la peur : alors à mon tour j'éprouvais sa peur... » (4).

Dans un second type, la peur est diffuse, inexpliquée, et réalise une bouffée d'angoisse. Il écrit :

« ...Et même lorsque j'étais seul il arrivait que j'eusse peur. Pourquoi devrais-je feindre que ces nuits n'aient pas été, durant lesquelles la peur de la mort me dressait et me faisait m'accrocher à cette pen-

(1) *Op. cit.*, p. 242.
(2) *Op. cit.*, p. 3.
(3) *Op. cit.*, p. 7.
(4) *Op. cit.*, p. 238.

©BIUM

sée... que se mettre sur son séant était du moins encore de la vie, que les morts n'étaient pas assis (1). »

Et plus loin :

...« Lorsque j'étais encore un enfant, ils me frappèrent au visage et me dirent que j'étais lâche. C'était parce que ma peur n'avait encore aucune valeur. Mais depuis lors j'ai appris à avoir peur d'une peur véritable, qui ne grandit que comme grandit la force qui la produit. Nous ne pouvons mesurer cette force que par notre peur. Car elle est si inintelligible, si entièrement dirigée contre nous que notre cerveau se décompose à l'endroit où nous nous efforçons de la penser (2). »

Ce côté ineffable, indicible, se traduit pleinement dans la page que voici où Brigge se montre aux prises avec ce qu'il n'ose nommer : son obsession :

« Et alors, lorsque j'entendis balbutier si mollement, alors, pour la première fois depuis de longues, longues années, ce fut de nouveau là. *Cela,* qui m'avait inspiré ma première et profonde frayeur, lorsque, tout enfant, la fièvre m'avait tenu : *la grande chose.* Oui, c'était ainsi que je l'avais toujours appelée, lorsque tous étaient debout autour de mon lit et tâtaient mon pouls et me demandaient ce qui m'avait effrayé : *la grande chose.* Et quand ils cherchaient le docteur et qu'il était là, je le priais de faire seulement que la grande chose s'en allât, cela et rien de plus. Mais il était comme les autres. Il ne pouvait pas l'enlever, bien que je fusse alors si petit et qu'il eût été facile de m'aider. Et voici qu'*elle* était de nouveau là. Par la suite, elle avait disparu, elle n'était même pas revenue par les nuits de fièvre, mais voici qu'elle était là, bien que je n'eusse pas de fièvre. Voici qu'elle était là. Elle grandissait en jaillissant de moi comme une tumeur, comme une seconde tête, comme une partie de moi-même, et qui cependant ne pouvait pas m'appartenir, puisqu'elle était si grande. Elle était là comme une grande bête morte, qui aurait été autrefois, lorsqu'elle vivait encore, ma main ou mon bras. Et mon sang me traversait et la traversait comme un seul et même corps. Et mon cœur devait battre plus fort pour chasser le sang jusqu'à elle : il n'y avait presque pas assez de sang. Et le sang la pénétrait malaisément et revenait malade et mauvais. Mais elle gonflait et croissait devant mon visage comme une bosse chaude et bleuâtre, elle dépassait ma bouche, et déjà mon dernier œil disparaissait dans son ombre (3). »

(1) *Op. cit.,* p. 241.
(2) *Op. cit.,* p. 243.
(3) *Op. cit.,* p. 86, 87 et 88.

©BIUM

Dans l'épisode, qui suit, on assiste à un phénomène anxieux très précisément observé, où la peur obsédante avoisine la pseudo-hallucination :

« Il est de fait que ce soir-là je dessinais un chevalier, un seul chevalier bien distinct sur un cheval bizarrement caparaçonné. Il devenait si bariolé que je devais souvent changer de crayon ; le rouge cependant dominait et je le reprenais à tout moment. Une fois de plus j'allais m'en servir, lorsqu'il roula obliquement sur ma feuille éclairée jusqu'au bord de la table et, avant que j'eusse pu l'arrêter, tomba à côté de moi et disparut. J'en avais vraiment besoin et j'étais ennuyé de devoir descendre à sa poursuite. Avec ma maladresse, cela n'allait pas sans toutes sortes de complications ; mes jambes me paraissaient beaucoup trop longues et je ne parvenais plus à les ramener de dessous moi ; cet agenouillement prolongé avait engourdi mes membres; je ne savais pas trop ce qui m'appartenait et ce qui était le fauteuil. Je finis cependant par débarquer en bas, et confusément je me trouvai sur une peau de bête qui s'étendait sous la table et jusqu'au mur. Mais là surgit une nouvelle difficulté. Habitués à la clarté d'en haut, tout éblouis encore par l'éclat des couleurs sur le papier blanc, mes yeux ne parvenaient pas à discerner le moindre objet sous la table, où le noir m'apparaissait si clos que j'avais peur de m'y cogner. Je m'en remis donc à mon toucher et, agenouillé, en m'appuyant sur la main gauche, je peignais de l'autre les longs poils frais du tapis, dont le contact aussi chaud me parut familier ! Mais toujours pas le moindre crayon ! Déjà je me figurais avoir perdu un temps considérable et j'allais appeler Mademoiselle pour la prier d'approcher la lampe, quand je remarquai qu'à mes yeux, qui malgré moi s'étaient adaptés, l'obscurité se faisait plus transparente. Déjà, je distinguais le mur du fond que bordait une plinthe claire ; je m'orientais entre les pieds de la table ; et d'abord je reconnaissais ma propre main étendue, les doigts écartés, qui remuait toute seule, presque comme une bête aquatique, et palpait le fond. Je la regardais faire, il m'en souvient, presque avec curiosité ; elle me paraissait connaître des choses, que je ne lui avais jamais apprises, à la voir tâtonner là-dessous, à son gré, avec des mouvements que je ne lui avais jamais observés. Je la suivais à mesure qu'elle avançait, je m'intéressais à son manège et me préparais à voir je ne sais quoi. Mais comment aurais-je pu m'attendre à ce que, sortant du mur, tout à coup une autre main vînt à ma rencontre, une main plus grande, extraordinairement maigre et telle que je n'en avais encore jamais vu. Elle tâtonnait, venant de l'autre côté, de la même manière, et les deux mains ouvertes se mouvaient, à la rencontre l'une de l'autre, aveuglément. Ma curiosité était loin d'être satisfaite, mais brusquement elle céda et fit place à la terreur. Je sentais qu'une de ces mains m'appartenait et qu'elle s'enfonçait dans une

©BIUM

aventure irréparable. De toute l'autorité, que je gardais sur elle, je la retins et la ramenai vers moi, étendue à plat et lentement, sans quitter les yeux de l'autre main qui continuait de tâtonner. Je compris qu'elle n'allait pas s'en tenir là, et je ne puis pas dire comment je remontai. J'étais maintenant enfoncé profondément dans le fauteuil, mes dents claquaient et j'avais si peu de sang au visage qu'il me semblait n'avoir plus de bleu dans les yeux. « Mademoiselle », voulais-je dire, et ne pouvais plus. Mais elle-même alors s'alarma, rejeta son livre, et s'agenouilla à côté de mon fauteuil en criant mon nom ; je crois qu'elle me secoua, mais j'avais toute ma conscience. J'avalai plusieurs fois ma salive, et j'allais lui raconter (1)... »

« ...Et soudain me saisit l'angoisse : que ces mots, bien qu'au-dessus de mon âge, puissent cependant m'apparaître tout à coup, et que je fusse alors obligé de les dire, cela me parut plus terrible que tout. Cette chose, là-bas, si réelle, la vivre encore une fois, conjuguée, depuis le commencement. M'entendre l'admettre, de cela, vraiment, je n'avais plus la force (1). »

De même que le héros de Proust retrouve son enfance à l'occasion d'un bout de madeleine trempée de thé, de même, le héros de Rilke s'écrie :

« Je suis couché dans mon lit, à mon cinquième étage, et mon jour, que rien n'interrompt, est comme un cadran sans aiguilles. De même qu'une chose, qui était longtemps perdue, se retrouve un matin à sa place, ménagée et bonne, presque plus neuve qu'au jour de la perte, comme si elle avait été confiée aux soins de quelqu'un, de même se retrouvent çà et là, sur la couverture de mon lit, des choses perdues de mon enfance et qui sont comme neuves. Toutes les peurs oubliées sont de nouveau là (2). »

Bien que ce ne soit pas ici le lieu de poursuivre un parallèle, sinon entre Proust et Rilke, du moins entre Malte et Marcel, on constate la fréquence d'anxiétés nocturnes, de manifestations hyperémotives, qui sont à la base même d'un terrain névropathique :

« Et c'est alors que survint une de ces maladies qui tentait de me prouver que ce n'était pas là ma première aventure personnelle. La fièvre fouillait en moi et tirait du plus profond des expériences, des images, des faits, que j'avais ignorés jusque-là ; j'étais écrasé

(1) *Op. cit.*, p. 133, 134, 135, 136.
(2) *Op. cit.*, p. 90.

©BIUM

par moi-même, et j'attendais l'instant où l'on me commanderait de ranger de nouveau tout cela en moi, soigneusement et dans l'ordre. Je commençais, mais cela grandissait dans mes mains, se raidissait; il y en avait trop. Alors, la colère s'emparait de moi et j'enfouissais tout, pêle-mêle et le comprimais, mais je ne pouvais pas me refermer par-dessus. Et je criais alors, à moitié ouvert, je criais et criais. Et quand je commençais à regarder hors de moi-même, ils étaient depuis longtemps debout autour de mon lit et me tenaient les mains, et une bougie était là et leurs grandes ombres remuaient derrière eux. Et mon père m'ordonna de dire ce qu'il y avait. C'était un ordre amical, donné à mi-voix, mais c'était un ordre quand même. Et il s'impatientait parce que je ne répondais pas (1). »

« Maman ne venait jamais la nuit... Ou bien si, pourtant, elle vint une fois. J'avais crié et crié et Mademoiselle était venue et Siversen, la femme de charge, et Georg, le cocher ; mais tout cela n'avait servi à rien. Et ils avaient alors envoyé la voiture pour ramener mes parents qui étaient à un grand bal, je crois chez le Prince héritier, et, tout à coup, j'entendis un roulement dans la cour, et je me tus, me mis sur mon séant et regardai la porte. Et il y eut un léger bruissement dans les chambres voisines, et maman entra dans sa grande robe d'atours, dont elle ne prenait même plus soin, et elle courait presque et laissa tomber derrière elle sa fourrure blanche et me prit dans ses bras nus. Et je tâtais, étonné et ravi comme jamais, ses cheveux et sa petite figure lisse et les pierres froides à ses oreilles et la soie au bord de ses épaules qui sentaient les fleurs. Et nous restâmes ainsi et pleurâmes tendrement et nous embrassâmes, jusqu'à ce que nous sentîmes que mon père était là et qu'il fallait nous séparer (2). »

« O nuit sans objets. O fenêtre sourde au-dehors, ô portes closes avec soin ; pratiques venues d'anciens temps, transmises, vérifiées, jamais entièrement comprises. O silence dans la cage de l'escalier, silence dans les chambres voisines, silence là-haut, au plafond. O mère : ô toi unique, qui t'es mise devant tout ce silence, au temps que j'étais enfant. Qui le prends sur toi, qui dis : « Ne t'effraie pas, c'est moi ! », qui as le courage, en pleine nuit, d'être le silence pour ce qui a peur, pour ce qui périt de peur. Tu allumes une lumière, et le bruit déjà c'est toi. Tu la soulèves et tu dis : « C'est moi, ne t'effraie pas ! » Et tu la déposes, lentement, et il n'y a pas de doute : c'est toi, tu as la lumière autour des objets familiers et intimes qui sont là, sans arrière-sens, bons, simples, certains. Et lorsque quelque chose remue dans le mur et fait un pas dans le plancher : tu souris seulement, tu souris, souris, transparente sur un fond clair, au visage angoissé qui te sonde, comme si

(1) *Op. cit.*, p. 138.
(2) *Op. cit.*, p. 139.

©BIUM

tu ne faisais qu'un avec le mystère, comme si tu étais dans le secret de chaque son étouffé, d'accord avec lui et de concert. Un pouvoir égale-t-il ton pouvoir dans le royaume de la terre ? Vois, les rois eux-mêmes sont raidis sur leur couche et le conteur n'arrive pas à les distraire. Sur les seins adorés de leur maîtresse la plus chère, la terreur s'insinue en eux et les fait tremblants et impuissants. Mais toi, tu viens et tu tiens l'immensité derrière toi et tu es tout entier devant elle, non pas comme un rideau qu'elle pourrait soulever ici et là. Non ! Comme si tu l'avais rattrapée à l'appel de celui qui avait besoin de toi. Comme si tu avais devancé de beaucoup tout ce qui peut encore arriver et que tu n'eusses dans le dos que ta course vers lui, ton chemin éternel, le vol de ton amour (1). »

On discerne, dans les trois passages que nous venons de citer, à côté d'une description très vivante de peurs enfantines, tout ce qu'une explication psychanalytique trouverait (ou a peut-être trouvé) à dire. En effet, les poncifs du freudisme sont ici évidents : crainte du père, attachement à la mère, narcissisme. Et voici deux courts feuillets qui complètent le tableau.

L'un :

« Nous nous rappelâmes qu'il y avait eu un temps où maman désirait que je fusse une petite fille et non pas ce garçon que, mon Dieu, oui, il fallait bien que je fusse. J'avais deviné cela, je ne sais plus comment, et j'avais eu la pensée de frapper quelquefois l'après-midi à la porte de maman. Quand elle demandait alors qui était là, j'étais tout heureux de répondre du dehors : « Sophie », d'une voix que j'amenuisais si bien qu'elle me chatouillait la gorge. Et lorsque j'entrais ensuite (dans mon petit vêtement d'intérieur aux manches relevées qui semblait presque un déshabillé de fillette), j'étais tout simplement Sophie, la petite Sophie de maman qui s'occupait dans le ménage et à laquelle sa maman devait tresser une natte pour qu'il n'y eût surtout pas de confusion avec le vilain Malte, si jamais il revenait (2). »

Et l'autre :

« Et voici encore cette maladie dont l'atteinte m'a toujours été si étrange. Je suis certain qu'on ne sent pas à quel point elle est dangereuse. De même, on s'exagère l'importance d'autres maladies. Cette maladie n'a pas de particularités déterminées ; elle prend les particularités de ceux qu'elle attaque. Avec une sûreté de somnam-

(1) *Op. cit.*, p. 107-109.
(2) *Op. cit.*, p. 142.

©BIUM

bule, elle puise en chacun son danger le plus profond, qui semblait passer, et le pose à nouveau devant lui, tout près, dans l'heure imminente. Des hommes qui, comme collégiens, avaient une fois essayé ce vice plein de détresse, dont les familiers déçus sont ces pauvres et dures mains de gamins, se surprennent de nouveau, tentés par lui, ou bien c'est une autre maladie, surmontée jadis, qui reprend en eux, ou bien une habitude perdue est de nouveau là, une certaine façon hésitante de tourner la tête qui leur était propre voici des années. Et avec ce qui revient s'élève tout un tissu confus de souvenirs égarés qui s'y accrochent, comme des algues mouillées à un objet englouti par les eaux. Des vies, dont on n'aurait jamais rien appris, viennent à la surface et se mêlent à ce qui a réellement été, et repoussent un passé que l'on croyait connaître : car ce qui remonte ainsi est plein d'une force reposée et neuve, mais ce qui toujours était là, est fatigué d'avoir été trop souvent évoqué (1). »

Un sentiment très fréquent chez l'obsédé, le sentiment d'étrangeté, l'impression du mystérieux, apparaît souvent dans la confession de Brigge.

Lorsqu'il écrit :

« ...Je me revois couché dans mon petit lit-cage, ne dormant pas, pressentant confusément qu'ainsi serait la vie : pleine de choses tout étranges, destinées à un seul et qui ne se laissent pas dire. Il est certain que, peu à peu, un triste et lourd orgueil grandit en moi. J'imaginais que l'on pourrait aller et venir, plein de secrets et silencieux (2). »

et qu'ensuite il affirme :

« Nous trouvions que, lorsque tout se passait naturellement, les choses étaient encore beaucoup plus étranges (3). »

On perçoit, au fond de cette réflexion, qui est d'ailleurs tout un programme esthétique, l'écho morbide qui a pu lui donner naissance.

Le très grand développement, qu'acquiert sa vie intérieure dans le domaine intellectuel, elle l'acquiert également dans le domaine de la sensation. Seul dans sa chambre, Malte perçoit les allées et venues de son voisin.

(1) *Op. cit.*, p. 89.
(2) *Op. cit.*, p. 137.
(3) *Op. cit.*, p. 142.

©BIUM

« La pensée me touchait avec l'étrangeté d'un fantôme, que ce qui provoquait ce bruit, c'était ce petit mouvement lent et silencieux par lequel sa paupière s'abaissait d'elle-même, et se fermait sur son œil droit, tandis qu'il lisait (1). »

Ici, les antennes du poète et du psychopathe se rejoignent.

Mais cette réserve constante, sur laquelle se tient Brigge et qui l'oblige à conserver en lui et pour lui toutes les manifestations de sa maladie, lui permet de saisir, non seulement intuitivement, mais aussi par sa propre expérience, les gestes parfois singuliers et inintelligibles de certains névropathes.

Il faut citer tout le long passage, où Rilke analyse et comprend admirablement les attitudes bizarres d'un promeneur étrange...

« ...J'étais sorti avec tant de courage, le plus naturellement et le plus simplement du monde. Et pourtant un évènement de nouveau survint qui me saisit comme un papier, qui me fripa et me rejeta ; un événement inouï survint.

Le boulevard Saint-Michel était vide et vaste, et l'on marchait facilement sur la pente douce. Des battants de fenêtres s'ouvraient très haut, avec un clair son de verre, et leurs reflets volaient comme des oiseaux blancs par-dessus la rue. Une voiture aux roues d'un rouge vif passa, et, plus bas, quelqu'un portait un objet d'un vert lumineux. Des chevaux trottaient dans leurs harnais luisants sur la piste sombre et fraîchement arrosée de la rue. Le vent était agité, doux, tendre, et tout montait : des odeurs, des cris, des cloches.

« Je passais devant un de ces cafés où de faux tziganes rouges jouaient d'habitude le soir. Par les fenêtres ouvertes s'échappait, avec la conscience mauvaise, l'air de la nuit passée. Des sommeliers aux cheveux plats étaient occupés à balayer devant la porte. L'un était penché et jetait, poignée par poignée, un sable jaunâtre sous les tables, lorsqu'un autre qui passait le heurta et du geste désigna le bas de la rue. Le garçon, qui avait le visage rouge, regarda un instant fixement dans cette direction, puis un rire s'étendit sur ses joues imberbes, comme s'il y avait été répandu. Il fit signe aux autres garçons, et, tout en riant, tourna la tête de droite à gauche, plusieurs fois et rapidement, pour les appeler tous, sans rien perdre lui-même du spectacle. A présent, tous étaient debout et regardaient cette chose risible, qui cherchant, qui souriant, qui fâché de n'avoir encore rien distingué.

« Je sentis qu'un peu de peur commençait en moi. Je ne sais quoi me poussa de l'autre côté de la rue, et puis je me mis à marcher plus vite et je parcourais inconsciemment du regard les rares per-

(1) *Op. cit.*, p. 260.

©BIUM

sonnes qui me précédaient, sur qui cependant je ne remarquais aucune particularité. Pourtant, je vis que l'une d'elles, un garçon de magasin en tablier bleu qui portait derrière l'épaule un panier à anse vide, suivait quelqu'un des yeux. Lorsqu'il eut assez vu, il se détourna du côté des maisons et, clignant de l'œil à un commis qui éclatait de rire, fit devant son front ce mouvement circulaire de la main, dont le sens est familier à tout le monde. Puis, ses yeux noirs lancèrent des éclairs et, l'air satisfait, il vint à ma rencontre en se dandinant un peu.

« Je m'attendais à voir, aussitôt que ma vue s'étendrait sur un espace plus profond, je ne sais quelle figure extraordinaire et frappante, mais personne ne marchait devant moi qu'un grand homme décharné dans un pardessus sombre, un chapeau souple et noir posé sur des cheveux courts d'un blond terne. Je m'assurais qu'il n'y avait rien de risible ni dans ses vêtements, ni dans l'allure de cet homme, et déjà je m'apprêtais à regarder en avant de lui le bas du boulevard, lorsqu'il buta sur je ne sais quoi. Comme je le suivais de près, je me tins sur mes gardes, lorsque j'approchai de l'endroit, mais il n'y avait rien, absolument rien. Nous continuâmes tous deux, lui et moi ; la distance entre nous restait la même. Puis, il y eut un carrefour, et il arriva alors que l'homme descendit les marches du trottoir en sautillant avec des pieds inégaux, à peu près comme les enfants dansent ou sautillent parfois en marchant lorsqu'ils se réjouissent. Il remonta sur l'autre trottoir, d'un seul grand pas. Mais à peine s'y trouvait-il qu'il plia un peu une jambe et sautilla sur l'autre, une fois, puis encore, et encore. A présent, l'on pouvait en effet fort bien prendre ce brusque mouvement pour une sorte de culbute, si l'on se persuadait qu'il y avait eu là un petit objet quelconque, un pépin, la pelure glissante d'un fruit, n'importe quoi, et l'étrange était que l'homme lui-même sembla croire à l'existence d'un obstacle, car il se retournait chaque fois avec ce regard mi-contrarié, mi-plein de reproche que l'on porte d'habitude, en pareille circonstance, sur l'endroit importun. Encore une fois, un pressentiment m'appela de l'autre côté de la rue, mais je n'obéis pas et continuai de suivre cet homme en fixant toute mon attention sur ses jambes. Je dois avouer que je me sentis singulièrement soulagé, car pendant une vingtaine de pas le sautillement ne reparut point, mais lorsque je levai les yeux, je remarquai qu'il était arrivé à l'homme une autre mésaventure. Le col de son pardessus s'était relevé, et il avait beau s'efforcer, tantôt avec une main, tantôt avec les deux à la fois, de le replier, il n'y pouvait réussir. Ce sont des choses qui arrivent. Cela ne m'inquiétait pas. Mais aussitôt après, je remarquai, à mon plus vif étonnement, qu'il y avait dans les mains agitées de cet homme, deux mouvements : un mouvement dérobé et rapide qui relevait toujours de nouveau le col, et cet autre mouvement, détaillé, prolongé et comme épelé avec une lenteur et une précision exagérées, qui devait opérer son abaissement. Cette

©BIUM

observation me troubla si fort que deux minutes s'écoulèrent avant que j'eusse reconnu qu'il y avait dans la nuque de l'homme, derrière son pardessus relevé, et ses mains agitées de secousses nerveuses, le même sautillement terrible en deux temps qui venait de quitter ses jambes. A partir de cet instant, j'étais lié à lui. Je comprenais que ce sautillement errait dans son corps et essayait de s'en échapper ici ou là. Je comprenais la peur que l'homme avait des gens et je commençais à observer moi-même, prudemment, si les passants s'apercevaient de quelque chose. Un froid subit me perça le dos lorsque ses jambes firent soudain un petit saut convulsif, mais personne ne l'avait vu, et je me dis que moi aussi je buterais légèrement si quelqu'un s'en apercevait. C'était en effet un moyen de faire croire aux curieux qu'il y avait eu là un petit obstacle imperceptible sur lequel nous avions, par hasard, tous deux marché. Mais pendant que je me demandais ainsi comment je viendrais à son aide, il avait trouvé lui-même un nouvel et excellent moyen. J'ai oublié de dire qu'il avait une canne ; c'était une canne banale, en bois foncé, avec un manche arrondi et simple. Dans son anxieuse recherche, l'idée lui était venue de tenir cette canne contre son dos, d'abord d'une seule main (car qui savait à quoi l'autre pouvait encore lui être nécessaire), tout droit sur la colonne vertébrale, de l'appuyer sur l'échine et de glisser l'extrémité arrondie de cette béquille sous son col, de telle sorte qu'on la sentait, dure et comme un point d'appui, derrière la vertèbre de la nuque et la première vertèbre du dos. C'était une attitude qui ne pouvait pas frapper, qui devait tout au plus paraître un peu extravagante, mais cette journée de printemps inattendu pouvait l'excuser. Personne ne songeait à se retourner, et à présent tout allait bien. Tout allait à merveille. Il est vrai que déjà, à la prochaine rue transversale, deux autres sautillements s'échappèrent, deux petits sautillements à moitié réprimés, sans aucune importance, et l'un de ces sauts, le seul qui fût vraiment visible, avait été si habilement placé (un tuyau à arroser était justement couché en travers de la rue), qu'il n'y avait rien à redouter. Oui, tout allait encore bien ; de temps à autre, la deuxième main saisissait aussi la canne, la serrait plus fort et aussitôt le danger était écarté. Mais, je n'y pouvais rien, mon anxiété n'en grandissait pas moins. Je savais que, tandis qu'il faisait des efforts désespérés pour paraître indifférent et distrait, les terribles secousses s'amassaient dans son corps ; elle était en moi-même, l'angoisse avec laquelle il sentait croître et croître en lui cette force effrayante, et je le voyais se cramponner à la canne, lorsqu'il commençait de se sentir secoué à l'intérieur de lui. Alors, l'aspect de ses mains était si sévère et si impitoyable que je mettais toute mon espérance dans sa volonté qui devait être grande. Mais que pouvait ici une volonté ? L'instant devait venir où ses forces seraient à bout, il ne pouvait plus être éloigné. Et moi qui marchais derrière lui, le cœur battant, je réunissais mon peu de force, comme de l'argent, et cependant que

©BIUM

je regardais ses mains, je le priais de s'en servir s'il en avait besoin.

« Je crois qu'il m'en a emprunté ; est-ce ma faute si je n'avais pas davantage à lui offrir ?

« Sur la place Saint-Michel, il y avait beaucoup de véhicules et de gens qui allaient et venaient ; nous étions parfois pris entre deux voitures ; il respirait alors et se laissait un peu aller, comme pour se reposer, et il se permit un sautillement et un léger hochement. Peut-être était-ce la ruse par laquelle la maladie prisonnière espérait le dominer. La volonté était rompue à deux endroits et cet abandon avait laissé dans les muscles obsédés une tentation doucement insinuante et comme la contrainte de ce double rythme. Mais la canne était encore à sa place, et les mains paraissaient mauvaises et irritées. C'est ainsi que nous posâmes pied sur le pont et cela allait. Cela allait encore. Mais à présent sa démarche devenait incertaine ; tantôt, il faisait deux pas en courant, tantôt il s'arrêtait. S'arrêtait. La main gauche se détacha doucement de la canne, et se leva si lentement que je la sentais trembler en l'air ; il poussa un peu son chapeau en arrière et se passa la main sur le front. Il tourna un peu la tête et son regard s'égara par-dessus le ciel, les maisons et l'eau, sans rien saisir, et puis il céda. La canne avait disparu, il étendit les bras comme s'il avait voulu s'envoler, et cela éclata hors de lui, comme une force naturelle, et le plia en avant, et le tira violemment en arrière, et le fit se balancer et s'incliner, et, comme une fronde, jeta sa danse forcenée parmi la foule. Car déjà beaucoup de gens étaient autour de lui, et je ne le voyais plus.

« J'aurais pu encore continuer ma route. Mais à quoi bon ? J'étais vide. Comme un papier vide, je traînais à la dérive en remontant le long des maisons du boulevard. »

Et voici une courte esquisse, où Rilke note si rapidement et d'une façon si émouvante l'essentiel de la névrose obsessionnelle que présente une femme, dont il est souvent question dans le livre :

« ...Au temps qu'elle ne voulait plus voir personne et qu'elle avait toujours avec elle, même en voyage, le fin petit tamis d'argent par lequel elle filtrait toutes ses boissons. D'aliments solides, elle n'en prenait plus jamais, sauf un peu de biscuit ou de pain qu'elle émiettait lorsqu'elle était seule, et qu'elle mangeait brin par brin, comme les enfants la mie. Elle était alors toute dominée par sa crainte des aiguilles. Pour s'excuser, elle disait aux autres : « Je ne supporte vraiment plus rien, mais il ne faut pas que cela vous dérange ; je m'en trouve fort bien. » Il arrivait cependant qu'elle se tournât subitement vers moi (qui n'étais déjà plus tout à fait un enfant), et qu'elle me dît avec un sourire qui était pour elle un grand effort : « Comme il y a beaucoup d'aiguilles, Malte, comme

©BIUM

elles traînent partout, et quand on pense combien facilement elles pourraient tomber... » Elle tenait à dire cela avec beaucoup d'enjouement, mais la terreur la secouait à la pensée de toutes ces aiguilles mal fixées qui, à chaque instant, pouvaient tomber de partout (1). »

Enfin, comme chez la plupart des obsédés, on note çà et là des doutes irritants, non seulement sur la réalité du moi, mais encore sur le sens même de la vie.

« ...Et vous, Seigneur, mon Dieu ! accordez-moi la grâce de produire quelques beaux vers, qui me prouvent à moi-même que je ne suis pas le dernier des hommes, que je ne suis pas inférieur à ceux que je méprise (2). »

Mille questions viennent se poser à cet esprit inquiet. Et c'est autant de problèmes, qui s'enchevêtrent sur la route de Brigge, qui accentuent, ou peut-être provoquent chez lui l'inadaptation sociale.

Mais il faudrait tout citer de cette longue auto-observation de 377 pages, qui met en évidence les signes principaux d'un syndrome obsédant avec ses épisodes anxieux évoluant sur un fonds d'hyperémotivité.

Ainsi, une crainte constante d'où se détachent par moments des phobies typiques, une inquiétude latente avec des accès aigus, une personnalité qui n'attend qu'une défaillance de la critique de soi pour se disperser, une sensibilité exacerbée, un inconscient qui fuse d'avoir été trop étreint... réalisent le bilan psychopathologique de Malte Laurids Brigge. C'est sur un tel ensemble que Rilke a construit une œuvre prodigieuse d'émotion et d'une poésie admirable.

*
**

Mais un autre problème apparaît qu'il faudrait préciser. Sa solution permettrait de prolonger notre étude, puisque « Les cahiers de Malte Laurids Brigge » ne constitueraient alors qu'une partie de « l'observation ».

En effet, la confession de Brigge est-elle la confession de Rilke ? Il semble que tout milite en faveur de l'affirmative. La névrose de l'un serait celle de l'autre. La démonstration se

(1) *Op. cit.*, p. 121-122.
(2) *Op. cit.*, p. 75.

©BIUM

réduit à la rechercher, d'une part, dans les autres œuvres de Rilke, qu'il s'agisse des poèmes, des lettres ou de feuillets intimes et, d'autre part, dans les témoignages écrits ou oraux de personnes ayant connu Rilke.

Les témoignages sont d'accord. Celui de M. Edmond Jaloux est des plus intéressants : la description qu'il donne du comportement de Rilke est typique :

« La première fois que je le rencontrai, je me souviens combien son apparence me déconcerta. Petit, maigre, chétif, avec un visage osseux et singulièrement étroit, un grand front admirable, un long nez pointu, des moustaches chinoises, un menton presque absent, et ses beaux yeux verts, singuliers, qui illuminaient toute sa physionomie. Il était d'une politesse cérémonieuse et raffinée : une politesse d'ancienne cour. Mais cette politesse dissimulait mal une sorte de gêne et sa gentillesse presque excessive avait l'air de cacher un malaise. Peut-être n'était-il si courtois et si gracieux que parce qu'il craignait justement que l'on s'aperçût du malaise qu'on lui causait. Non pas qu'il ne pût être, quand il le voulait, mondain, tout comme un autre, mais en réalité la solitude était sa plus grande passion. Il habitait une petite tour (1)... »

« Comme je m'étonnais, un jour, que Rilke ait pu vivre si longtemps à Paris sans y fréquenter personne, il me répondit : « Paris est la ville où l'on peut le plus facilement être seul, les passants y ont tant d'intérêt. Un soir, au coin du quai et de la rue Bonaparte, j'ai croisé un couple d'amoureux si frais, si jeune, si heureux, que j'en ai été bouleversé. J'ai été littéralement balayé par un vent de bonheur. Et ensuite je me suis mis à repenser à ce couple. Pendant des semaines, j'ai vécu de leur bonheur (2). »

« ...Et quand on parlait, on voyait combien ce livre admirable (*Les Cahiers de Malte Laurids Brigge*) était vraiment sorti de lui. J'ai entendu tomber de sa bouche vingt ou trente récits absolument pareils à ceux que l'on trouve dans son volume et qui, si l'improvisation du langage ne leur donnait pas ce raffinement de style qui les caractérise, n'en conservaient pas moins aux oreilles de l'auditeur la force de suggestion et la densité morale des confessions de son héros (3)... »

« On a remarqué à juste raison qu'un des mobiles les plus permanents de Malte Laurids Brigge était la peur. Que Rilke fût lui-même un angoissé et un angoissé jusqu'à la névrose, cela ne fait de doute pour personne (4). »

(1) Edmond JALOUX. — « *R. M. Rilke* », 3e éd., Emile Paul, p. 53.
(2) *Op. cit.*, p. 55.
(3) *Op. cit.*, p. 55.
(4) *Op. cit.*, p. 75.

©BIUM

De même, M. Daniel Rops, dans un article très remarquable sur l' « inquiétude et la dispersion du moi chez Rilke », écrit :

« Ces notations chaotiques, qui semblent indépendantes de tout plan, cette dure sincérité, cette émotion qui ne se surmonte pas, ce frôlement presque constant de la folie, tout cela déjà nous montre non seulement en Malte Laurids Brigge, mais aussi en son créateur, — car dans un tel domaine un écrivain n'invente rien, il ne fait que sortir hors de son trésor secret — un inquiet, un héros navrant, qui doute, qui souffre, qui semble vaciller (1). »

« Ce qui permet de penser que, par la magie des rythmes, des élans de la phrase, c'est tout son inconscient qu'il nous révèle, de même qu'un poète, aux yeux d'un observateur attentif, se trahit par ses allitérations et ses rimes (2). »

Quant aux autres écrits de Rilke, il est préférable, pensons-nous, d'en attendre, d'ailleurs avec impatience, la définitive édition.

(1) Daniel Rops. — « *Inquiétude et dépression du moi chez Rilke* », in « *Les cahiers du Mois* » : Reconnaissance à Rilke, 1926, p. 25.
(2) *Op. cit.*, p. 26.

©BIUM

LES TROUBLES MENTAUX TARDIFS CONSÉCUTIFS AUX TRAUMATISMES CRANIENS ET LEUR INTERPRÉTATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

PAR

ALFRED GORDON (de Philadelphie)

Lorsqu'une fracture du crâne ou un corps étranger situé dans l'intérieur de la cavité cranienne (balle, etc.), ou un abcès du cerveau résultant d'une blessure cranienne, sont suivis des troubles psychiques, il est logique d'avoir tendance à les attribuer à ces causes. En effet, dans un certain nombre de ces cas, la disparition des manifestations a coïncidé avec la suppression des lésions organiques.

Au point de vue étiologique et pathogénétique, le problème est tout à fait différent quand les phénomènes psychosiques apparaissent des mois ou des années après le traumatisme, parfois même après que la réparation des dégâts craniens a été accomplie avec succès. Parmi un grand nombre de cas neuropsychiatriques, onze cas ont été choisis pour la présente étude. Dans aucun il n'y avait de séquelles neurologiques organiques. Des circonstances extraordinaires ont permis de poursuivre l'étude de ces cas pendant une période de dix ans. De plus, la recherche des antécédents médicaux et sociaux a pu être entreprise.

Les problèmes suivants ont été étudiés :

1° Les incidents émotionnels variés, survenus quelque temps avant les traumatismes, ont-ils une action quelconque dans le développement des manifestations psychiques ?

2° La constitution affective de ces individus joue-t-elle un rôle quelconque dans le développement des anomalies de la conduite et de l'attitude ?

3° Y a-t-il une relation quelconque entre le traumatisme et les

ANN. MÉD.-PSYCH., XVe SÉRIE, 93e ANNÉE, T. II. — Décembre 1935. 48.

©BIUM

manifestations psychiques qui ont apparu quinze mois, trois ou cinq ans plus tard ?

Avant d'aborder la discussion de ces problèmes, nous présentons les observations résumées de onze cas. Les incidents saillants seront décrits d'abord et seront suivis d'une analyse des faits fondamentaux.

Obs. 1. — A. F., âgé de 34 ans, charpentier, avait reçu un traumatisme du crâne en 1921. Il fut heurté par un taxi : soulevé en l'air il tomba par terre en frappant la tête. Il est resté sans connaissance pendant dix heures. Il y avait un grand hématome dans la région frontale. La radiographie ne décelait pas de fracture du crâne. La ponction lombaire donna un liquide sanguinolent. Pendant les dix jours suivants le malade fut confus et délirant. Il présentait de l'incontinence sphinctérienne. Pas de signes neurologiques organiques. Au bout de cinq mois le sujet, en apparence guéri, reprit ses occupations. Pendant les cinq années suivantes, il travailla sans interruption, bien qu'il ait eu des céphalées paroxystiques tous les deux ou trois mois. Dans la sixième année, plusieurs désordres de nature émotionnelle sont survenus dans la vie du patient. D'abord, maladies prolongées de frères et de sœurs auxquels il avait toujours été très attaché, et la mort de l'un d'eux. Ensuite, il s'est marié et deux mois plus tard a découvert l'infidélité de sa femme, dont il se sépara. Lui-même est devenu déprimé, a renoncé au travail et a perdu l'intérêt en tous et en tout. La céphalée est devenue plus intense et fréquente, l'insomnie tenace. Il a refusé toute alimentation. Amaigrissement notable. Des idées délirantes sont apparues : il a soupçonné son père de vouloir le tuer. Il a tenté de se suicider. La famille a refusé de le commettre à un asile d'aliénés. Tel fut l'état de sa mentalité pendant six ans, bien entendu avec fluctuations. Il y a six mois une amélioration définitive commença à s'établir. Graduellement le malade a recouvré sa santé. Il est retourné à son travail. Excepté la céphalée dont il souffre depuis le traumatisme il est en bonne santé.

Dans ce cas nous avons supposé que les manifestations paranoïdes étaient le résultat du traumatisme cranien en raison des maux de tête paroxystiques, bien que l'accident soit arrivé cinq ans auparavant. Mais afin d'estimer exactement le mécanisme des troubles psychiques, d'autres facteurs doivent être pris en considération. L'étude de toute l'histoire du malade a été entreprise. Nous avons appris qu'il n'avait jamais pu s'adapter normalement dans ses rapports avec les autres, amis aussi bien que parents. Quand sa mère s'est séparée de son père il était très jeune. Pendant la cohabitation avec ses frères et sœurs il endurait des privations parce qu'étant malades ils ne pouvaient pas travailler. A l'âge adulte, il a appris le métier de charpentier et obtenu un emploi, mais il ne pouvait y rester long-

©BIUM

temps car il se querellait toujours avec ses patrons. Sa vie sexuelle n'était pas satisfaisante. Il était onaniste acharné pendant plusieurs années. Quand il lui a été conseillé de mener une vie hétérosexuelle il se trouvait impuissant. Il se sentait très malheureux. La mort de sa sœur qu'il aimait énormément et sa malheureuse vie conjugale sont des faits additionnels dans son anamnèse et peuvent être considérés comme des traumatismes affectifs.

Nous voyons donc ici des traits défavorables de la personnalité superposés à de forts incidents traumatiques de nature émotionnelle. Les manifestations paranoïdes dirigées vers son père pourraient être considérées comme une protestation inconsciente contre lui à cause de l'abus de sa mère dont il fut le témoin constant pendant bien des années.

Le problème est le suivant : Y a-t-il une relation quelconque entre les troubles psychiques et le traumatisme cranien qui a eu lieu cinq ans auparavant ou bien entre ces troubles psychiques et le traumatisme affectif exclusivement ? En prenant en considération toute l'histoire personnelle dès l'enfance, l'on est disposé de croire que la dernière hypothèse jouait le rôle le plus marquant, sinon exclusif, dans l'étiologie de la phase psychosique.

Obs. II. — K. O., photographe, âgé de 36 ans, marié, a reçu une blessure de tête avec fracture de la base du crâne dans un accident d'automobile en 1917. Il se produisit une paralysie de la face à gauche. Pas d'autres signes neurologiques de nature organique. Durant six semaines : désorientation dans l'espace et le temps, avec des illusions d'identité. Au bout de ce temps, le malade a recouvré ses facultés mentales. Quatre mois plus tard, il a repris son travail de photographie. Pendant quinze mois, il travailla continuellement et fut en bonne santé. En ce temps là un vol fut commis dans la maison voisine d'un photographe avec lequel il n'était pas en bons termes. C'est alors que notre malade commença à développer l'idée obsédante que les voisins aussi bien que le photographe l'ont accusé de ce vol. Il devint de plus en plus inquiet, de telle sorte qu'il ne pouvait plus dormir. Son état s'aggrava. Il était déprimé et ne pouvait plus travailler. Il parlait incessamment de ce sujet. Bientôt il est devenu désorienté, sa mémoire déficiente et encore une fois les anciennes illusions d'identité se manifestèrent : il était confus en tâchant d'identifier ses parents. Autrement dit, son état mental était entièrement identique à celui d'après le traumatisme cranien antérieur. Cette situation n'a pas changé pendant dix-huit mois. Finalement elle a commencé à s'améliorer et au bout du vingtième mois le malade fut tout à fait bien portant.

Il y a un an sa femme mourut soudainement. De nouveau, il devient déprimé. En même temps il développe un état d'anxiété en ce qui concerne ses viscères, croyant que l'ancien accident avait endommagé particulièrement son cœur. En effet, il présenta, à plu-

©BIUM

sieurs reprises, des phénomènes vagotoniques. Forcé d'abandonner son travail, il cesse de dormir et refuse la nourriture. Cet état ne dure que six mois. A présent, il jouit apparemment d'une bonne santé et s'est adapté complètement du point de vue social et médical. Il est convaincu de l'intégrité de son cœur.

Ici nous sommes en présence d'épisodes psychosiques à répétition, survenant à propos d'incidents de nature émotionnelle : l'un a été un vol dans la maison de son ennemi, l'autre la mort de sa femme. L'histoire de sa vie montre qu'il avait eu plusieurs épisodes de mouvements choréiformes. Malgré de bonnes études dans les écoles primaires et secondaires, notre malade avait toujours été considéré par ses parents comme singulier, excentrique, soupçonneux et retiré. En faisant connaissance de certaines personnes, il apparaissait toujours trop modeste et timide. Il évitait toujours de les rencontrer et faisait des excuses quand les parents insistaient pour le présenter aux autres. Il avait des paroxysmes d'extrême colère. Evidemment il appartenait aux types schizoïdes. Cependant les premiers symptômes psychosiques apparurent au moment du traumatisme, ne durant que peu de temps, et plusieurs mois plus tard pour la deuxième fois. Le premier état obsessionnel se développa comme une « névrose coercitive » créée par l'hostilité de son voisin. Le traumatisme de son état affectif créé par la mort de sa femme l'a fait s'échapper dans les illusions et dans l'amnésie. Tous ces facteurs psychologiques suffisent pour la production des désordres psychosiques chez un individu schizoïde, même sans traumatisme ancien de la tête.

Obs. III. — K. L., femme de 25 ans, est tombée de son cheval qui prit peur soudainement. Sa tête frappa contre un mur de briques. Elle resta sans connaissance pendant dix heures. Les rayons X ont révélé une fracture linéaire de la table interne dans la région occipitale. Elle a été alitée pendant six semaines et finalement a recouvré sa santé. Il n'y avait pas de signes neurologiques. Etant au lit elle se plaignait de maux de tête et de vertiges. Ces deux symptômes ont persisté pendant deux ans. Un jour elle fut informée par son fiancé qu'il était obligé de quitter Philadelphie pour accepter une position à Cleveland. Elle est devenue déprimée et ne pouvait plus dormir. La céphalée et les vertiges ont recommencé. C'est alors qu'elle commença de soupçonner l'une de ses amies d'avoir conseillé à son fiancé d'interrompre leur intimité. Elle a développé de la haine envers cette femme et plusieurs fois a essayé de lui faire du mal. L'homme quitta la ville et ne lui a pas écrit. Elle se tourmentait beaucoup. Elle est devenue très irritable et a développé l'hostilité envers les membres de sa famille. Elle a commencé alors à délirer. Cet état de choses dura six mois et en même temps elle se plaignait beaucoup de vertiges et de maux de tête. Graduellement elle s'est améliorée et a réussi enfin à s'adapter à la vie communale. A présent

©BIUM

elle tient un emploi dans une bibliothèque où elle est en contact continu avec des gens intellectuels. Cependant, assez souvent, elle parle de sa déception douloureuse à cause du jeune homme qu'elle aime encore. Parfois elle a des vertiges suivis d'un état nuageux de la mémoire.

L'étude complète du passé de la malade a montré que dès l'enfance la patiente était toujours cycloïde, c'est-à-dire que très fréquemment elle présentait des manifestations hypomaniaques alternant avec de la dépression. A l'école, la même tendance était en évidence chaque fois qu'elle était sous l'influence d'une réprimande ou bien de l'éloge de sa maîtresse. Il était étrange de voir que malgré le tempérament cycloïde elle avait parfois des épisodes de nature paranoïde. La plus insignifiante provocation développerait de l'inimitié et de l'hostilité même envers ses propres parents.

Donc, il est facile de concevoir les désordres psychosiques sérieux de type paranoïde qui se sont développés après le traumatisme cranien. Bien que le facteur étiologique direct et immédiat fût le traumatisme affectif, cependant le traumatisme crânien ne doit pas être négligé étant donné que la malade continuait à souffrir de céphalée.

Obs. IV — T. E., homme de 43 ans, a été blessé dans une collision d'automobiles où il fut jeté contre la bordure d'un trottoir. Il y a eu une fracture de l'os frontal. Perte de connaissance pendant 24 heures. La ponction du rachis donna du liquide clair sans pression exagérée. L'examen neurologique a été négatif. Le malade a guéri. Au cinquième mois après l'accident, l'on a noté une déficience de la mémoire laquelle devint de plus en plus mauvaise pendant les quatre mois suivants. Le patient est devenu extrêmement irritable, taciturne, tandis qu'auparavant il était patient et gentil. Graduellement il devint inattentif, indifférent et totalement apathique. Puis, dépression. Pendant deux ans cet état fut variable et finalement le malade a guéri. Il a repris son travail avec succès. Quatre ans plus tard, ses deux fils moururent et en même temps survinrent des revers financiers. Rapidement il est devenu déprimé et cet état a duré huit mois. Une fois encore, il a recouvré sa santé. L'on doit se rappeler qu'avant le traumatisme, le malade n'avait jamais de paroxysmes de dépression, mais il était toujours considéré comme un individu « renfermé ». Même à l'école, il ne participait jamais aux jeux ou aux activités scolaires, il évitait la société et était incliné à lire des ouvrages de nature mystique. A l'âge adulte il s'intéressait aux choses psychiques, devint membre de l'Eglise de « Christian Science »: ses conversations avec les autres touchaient exclusivement un seul sujet, « une force de l'univers qui tient sous le contrôle tous les phénomènes ». Il s'est marié à un âge avancé et il présentait toujours des tendances aux perversions sexuelles avant et même après le mariage. Le traumatisme de la tête et plus tard le traumatisme

©BIUM

infligé à sa vie émotionnelle par la mort de ses fils ont mis au jour ses caractéristiques naturelles, c'est ainsi que se développa la psychose.

Obs. V. — A. O., teneur de livres, âge 36 ans, est tombé accidentellement du quatrième étage sur le trottoir. Coma pendant cinq jours. L'os temporal gauche a été fracturé. Il y avait un léger désordre aphasique et une parésie du bras droit. Au bout de huit jours, tous ces symptômes ont disparu. Pendant toute une année le patient se sentait bien et il s'est procuré une position. L'année suivante il eut une très vive déception. Une jeune fille, sa fiancée, depuis 12 années, l'abandonna soudainement et se maria avec un autre. Pendant bien des mois, il ne put s'adapter à la nouvelle situation car il aimait toujours beaucoup cette femme. Dès lors il devint inattentif, inactif, indolent et indifférent. Il fut obligé de quitter sa place. Il a perdu tout désir sexuel et est devenu impuissant. Il passait ses journées à la maison sans faire quoi que ce soit. Il ne voulait plus lire ses journaux et commençait à présenter des signes d'amnésie. Des questions posées devaient être répétées plusieurs fois avant qu'il pût saisir le sens des mots. Tel fut son état pendant deux ans. Graduellement, sa mentalité s'est améliorée, mais il a commencé à souffrir de maux de tête et précisément à la place de l'ancienne fracture. Un examen radiographique n'a révélé aucune autre lésion que la fracture du crâne. Il ne pouvait plus dormir. Il n'a jamais oublié la femme qui l'avait déçu. Il rêvait d'elle chaque nuit. Une fois encore il a recouvré sa santé et trouva une position. Malheureusement il n'a pas pu la garder plus de deux mois. Petit à petit il est devenu déprimé et demeura ainsi pendant toute une année. Depuis lors son état reste variable, avec de temps en temps des périodes de dépression. Cet état de choses dure depuis huit ans. L'histoire complète de ce cas révèle certaines maladies infectieuses avant l'âge de seize ans, notamment la variole, la diphtérie, la rougeole et le rhumatisme articulaire aigu. Chacune de ces infections fut suivie d'un état asthénique, ce qui intervenait dans son développement intellectuel. L'idée d'infériorité l'a obsédé. Il était timide, ombrageux, privé d'initiative. La première position de teneur de livres a été trouvée pour lui par la jeune fille à laquelle il s'était attaché ardemment. Possédant un tel fond, notre patient ne pouvait naturellement pas s'adapter pendant longtemps après ses traumatismes affectifs. Les manifestations psychosiques en étaient la conséquence logique.

Obs. VI. — T. P., homme de 32 ans, professeur de piano, est tombé du deuxième étage dans la cave en frappant premièrement le front contre une perche de fer et ensuite contre un vase de verre brisé. Inconscience pendant 24 heures. Fracture de l'os frontal à droite. La plaie contenait des morceaux de verre. Une opération a

©BIUM

été refusée par le malade. La plaie a été guérie. Pas de symptômes neurologiques. Il est retourné à son travail à la fin du troisième mois. Sa santé resta bonne pendant deux ans. Il s'est marié un an après l'accident. Sa vie conjugale n'était pas heureuse ! Infidélité de sa femme. Il s'est séparé d'elle, tout en l'aimant profondément. Dépression et céphalée entrent en scène. La douleur de tête était principalement à la place de l'ancienne fracture. A l'examen du malade nous avons noté de la désorientation et beaucoup de confusion, de telle sorte qu'il n'a pas pu donner correctement son nom ni son adresse. Ses parents ont attiré notre attention sur la cicatrice du crâne et ont insisté pour une opération. On a trouvé une très profonde cicatrice : le tissu osseux était très épais et au-dessous il y avait une plaque fibreuse. Les deux ont été excisées. Comme le tissu environnant paraissait normal, la plaie fut fermée promptement. La guérison chirurgicale fut parfaite. L'état mental s'est amélioré au bout d'un mois et en trois mois la désorientation, confusion et mémoire se sont corrigées tellement que le malade insistait pour la reprise de son travail. Cependant, toutes ses manifestations n'ont pas disparu totalement. Quelquefois il parle de sa femme et se met à pleurer, s'isole et devient déprimé.

Une investigation détaillée du passé du malade révèle que dans son enfance il souffrait de terreurs nocturnes, et cela jusqu'à l'âge de quatorze ans. Il était toujours agité et il avait un penchant de tourmenter des animaux. Il était très attaché à sa sœur aînée qui d'ailleurs l'avait forcé de pratiquer la masturbation sur elle. A l'âge de 17 ans il avait des paroxysmes de somnambulisme et une fois il est tombé et sa jambe a été blessée. Il était très romanesque et fantastique. Il aimait la musique et la préférait à toute autre étude. Il jouait très bien du piano. A 20 ans, il commençait à donner des leçons de musique. L'un de ses écoliers l'attira particulièrement par sa beauté. Ses tendances homosexuelles ont été observées par les parents, qui rapidement ont consulté un psychiatre. Suivant son conseil ils tâchaient de le faire rechercher la compagnie des femmes, et le résultat en fut excellent. Le traumatisme de l'état affectif pendant sa vie conjugale eut lieu longtemps après le traumatisme somatique et a été directement responsable de l'état psychosique dont il souffre encore maintenant. Bien que le traumatisme physique n'ait aucune relation chronologique avec les troubles mentaux, cependant l'on ne doit pas oublier l'état grave de notre malade au moment de l'accident.

Obs. VII. — R. R., homme de 40 ans, teneur de livres, dans une querelle fut frappé sur la tête avec un marteau. Il a perdu connaissance en saignant par la bouche et le nez. Une radiographie a montré l'existence d'une fracture linéaire de la table interne de l'os frontal droit. Pas d'opération. Le malade est resté au lit pendant six semaines. L'examen neurologique a été négatif. Au bout du troisième

©BIUM

mois le patient a repris son travail. Pendant toute une année il se plaignait de fatigue. En même temps deux de ses enfants ont été tués accidentellement en tombant sous un tramway en marche. Un changement considérable eut lieu dans l'attitude du malade. Il ne pouvait plus dormir, est devenu déprimé, a commencé à maigrir et a perdu tout désir sexuel. C'est alors que des idées délirantes envers sa femme se sont développées. Il crovait qu'elle maintenait des relations illicites avec un voisin. Des hallucinations auditives renforçaient ces idées. Son interprétation du délire est la suivante : « Etant donné que je suis impuissant, ma femme a décidé d'avoir deux enfants avec une autre personne en remplacement de ceux qui sont morts. » Cet état a duré toute une année et à la fin de ce temps il a graduellement recouvré sa santé.

Dix mois plus tard, à propos d'un trouble émotionnel, il y eut un retour de dépression qui a duré quatre mois. Il a été informé par le médecin de la famille que sa femme souffrait d'un cancer du rectum dont elle ne pourrait être guérie et que la mort était inévitable. Graduellement il s'est adapté à cette situation. Il est à noter que depuis le traumatisme cranien il souffrait fréquemment de maux de tête qui étaient particulièrement pénibles pendant les phases psychosiques.

L'histoire de sa vie passée montre une série de caractères personnels qui permettent de le classer dans le type schizoïde de Kretschmer. Il était toujours très irritable et soupçonneux de tout le monde, spécialement de ses professeurs et de ses camarades. Il se plaignait souvent d'être désapprouvé, de ne pas être aimé et quelquefois d'être persécuté. Il se mettait souvent en colère violente. Sans raison manifeste son attitude envers ses parents était très hostile. Il en fut de même vis-à-vis de sa femme et de son patron. Cet état morbide se produisait de temps en temps et durait deux ou trois semaines. Il était toujours considéré comme un peu excentrique et singulier dans ses relations avec d'autres. Quelquefois il se montrait très obligeant et à d'autres moments hostile, et alors il évitait toute relation. Cependant avant le traumatisme cranien il n'a jamais présenté de manifestations franchement psychosiques. Celles-ci ont fait leur apparition un an après l'accident et seulement à propos d'un sévère traumatisme de son état affectif.

Obs. VIII. — S. Q., femme de 26 ans, secrétaire d'un avocat, sauta du quatrième étage de son appartement avec l'intention de se suicider. Une tente interrompit la chute, mais la tête frappa une barre de fer. Perte de connaissance pendant dix heures. La radiographie ne révéla pas une fracture du crâne. Alitée pendant deux mois, elle souffrait de maux de tête violents. Amélioration graduelle. Trois mois plus tard, elle a repris son travail. Pas de signes neurologiques organiques. Durant plusieurs mois elle se plaignait de lassitude générale et de vertiges paroxysmaux. Etant donné que la

©BIUM

cause originelle de la tentative de suicide restait la même, c'est-à-dire les assiduités répétées de son patron et aussi la crainte de grossesse, elle est devenue déprimée et a développé une névrose d'anxiété avec obsessions.

Celles-ci consistaient d'une sensation persistante de mouvements fœtaux, bien que ses règles fussent régulières et qu'un gynécologue l'ait assurée de l'absence de grossesse. Elle s'isola totalement, renonça à son métier et cessa toutes ses relations. Elle ne pouvait plus dormir et maigrissait progressivement. Sa mémoire devenait déficiente, elle faisait de grosses erreurs. Cet état dura pendant six mois. Un jour son patron lui fit une visite, lui proposa de l'épouser aussitôt qu'elle serait guérie. Dès lors elle a commencé à s'améliorer, et la guérison eut lieu. Mais bientôt les vertiges et la céphalée se sont reproduits.

L'investigation a démontré que ces deux symptômes apparaissaient chaque fois qu'une tentative de rapports sexuels avaient lieu. Le patron refusa de l'épouser. Elle devint alors déprimée de telle sorte qu'à présent elle présente un délire de caractère paranoïde.

Tandis que la cause primordiale de la tentative au suicide existait avant le traumatisme cranien, néanmoins les alternances de la dépression et de l'état délirant paranoïde ont commencé après l'accident. Dans l'histoire de la malade on relève d'après ses proches, que ses parents moururent quand elle était encore enfant. Elle a été élevée par un parent éloigné et dans un milieu d'intoxication alcoolique avec tous ses concomitants, c'est-à-dire querelles, abus, négligence et personnalités peu désirables. Elle était toujours très sensible, avait des accès violents de colère et pleurait facilement. Elle n'était pas aimée à l'école et apprenait avec difficulté. A la puberté elle pratiquait la masturbation avec acharnement, et plus tard, marqua sa tendance à l'homosexualité. Elle a étudié la sténographie et a réussi à obtenir la position de secrétaire. C'est alors que son patron en fit sa maîtresse. D'abord il n'y avait que des manifestations psychasthéniques, mais sa vie psychosique avec le contenu délirant date du moment de ce traumatisme émotionnel profond longtemps après le traumatisme somatique. En même temps on ne doit pas oublier qu'elle présentait souvent des signes de l'ancienne blessure physique, c'est-à-dire céphalée et vertiges qui n'existaient pas avant l'accident cranien.

Obs. IX. — B. D., homme de 40 ans, marchand de boissons alcooliques a reçu un coup sur la tête avec la monture d'un fusil. Perte de connaissance et perte de sang par le nez. Blessure de la région gauche de l'os frontal. Il y a eu une fracture de la table interne du crâne. Excepté une certaine diminution du sens de l'odorat il n'y avait pas de signes neurologiques. Le malade a été alité pendant six semaines. Sa mentalité était bonne. Graduellement il a recouvré sa santé et a repris son métier. Dans son occupation il négoçiait assez

©BIUM

fréquemment avec des gens de réputation douteuse. Plusieurs fois il a été menacé d'attaques corporelles. Cinq mois après le premier assaut, il a commencé à présenter des changements de disposition et de conduite. Il est devenu très irritable, morose et non communicatif. Bientôt il a commencé à craindre d'être attrapé par des agents de la sûreté. Il a cessé de dormir, souffrant de maux de tête et de vertiges. Ensuite des hallucinations auditives ont fait leur apparition. Il soupçonnait ses proches et amis. Cet état a duré plusieurs mois. Graduellement avec l'isolement et une thérapeutique appropriée, on a obtenu une guérison complète. Nous lui avons conseillé d'abandonner ses occupations et de voyager. Sa santé s'est maintenue en bon état pendant trois ans. Un jour, en voyageant dans le Sud, il rencontra le même individu qui avait attenté à sa vie, en lui fracturant son crâne. Sa terreur fut si intense qu'il retourna immédiatement dans son pays et rapidement son ancien état délirant est réapparu. Cet accès psychosique dura beaucoup plus longtemps que celui du commencement de sa maladie. Pendant dix-huit mois son état fut variable avec un état fondamental de crainte. Encore une fois sa santé a été rétablie.

L'histoire entière de sa vie montre que dans l'enfance il était considéré comme excentrique par ses parents. Il mentait, volait, disparaissait pour nuits entières. Il s'associait avec de mauvais garçons, faisait l'école buissonnière. A quatorze ans, il a commencé à avoir des rapports sexuels et plus tard commit des excès. Les autorités scolaires se plaignaient souvent de sa conduite, mais en vain. A l'âge de 16 ans, il quitta son domicile et resta pendant deux ans sans envoyer une seule communication à ses parents.

Les manifestations psychosiques épisodiques décrites plus haut datent du moment de l'apparition de la peur, mais longtemps après le traumatisme cranien.

Obs. X. — K. S., jeune fille de 19 ans, a été heurtée par une voiture en traversant la rue. Perte de connaissance. La radiographie n'a pas trouvé de fracture du crâne, mais il y avait une lacération du cuir chevelu dans la région occipitale. Elle a été alitée pendant quatre semaines, se plaignant principalement de céphalée et d'insomnie. La lacération de la tête guérit en laissant une profonde cicatrice. Au bout de trois mois elle a repris ses fonctions habituelles : assistait aux séances du club, allait au théâtre, dansait et jouait au tennis. Un an plus tard, elle est devenue fiancée. Une grossesse survint et l'homme l'abandonna. Notre malade se tourmentait beaucoup et une dépression profonde s'est développée. Ses parents ont réussi à la faire avorter. Elle a perdu beaucoup de sang et fréquemment devenait confuse et délirante. Graduellement elle s'améliorait et au bout de dix semaines elle a commencé à sortir, mais il était manifeste que sa cérébration était d'abord lente et plus tard déficiente. Les questions devaient être répétées plusieurs fois avant que nous en

©BIUM

pûmes obtenir une réponse. Sa mémoire était mauvaise pour des événements récents. Elle se plaignait beaucoup de douleurs dans la région cicatricielle. Pendant onze mois l'état mental demeura le même. Petit à petit elle a recouvré sa santé. Elle refusait de reprendre son ancien mode de vie, se sentant embarrassée en présence de ses amies. Pour cette raison elle quitta sa ville natale et s'en alla chez une tante d'une ville éloignée. Rapidement elle refit connaissance de bien des personnes, mais sans jamais retrouver l'entrain ni la gaieté dont elle jouissait avant le traumatisme sexuel. On a noté qu'elle a souvent préféré rester chez elle, enfermée dans sa chambre, refusant toute invitation, et même la nourriture. Elle est devenue délirante et hallucinée. Elle avait peur d'être enlevée. Dans ses rêves figuraient exclusivement les hommes, courant après elle et désirant avoir avec elle des rapports sexuels. Dans un autre rêve elle se voyait allaitant cinq enfants, ce dont elle était très heureuse. Cet état mental est resté sans aucune altération pendant dix mois. Enfin elle a guéri, mais sans regagner la vivacité et l'optimisme qu'elle avait toujours présentés. Il y avait aussi un peu de dépression. A présent elle a un emploi dans une librairie. Elle se plaint souvent de maux de tête.

Son enfance a été très heureuse. Ses parents, indulgents, préoccupés de leur propre vie superficielle, ne lui étaient pas très attachés et l'ont abandonnée entièrement aux soins d'une gouvernante. Elle a reçu son éducation dans une école privée. On a observé qu'elle avait des penchants extraordinaires envers le sexe féminin. Elle détestait les garçons. Elle était membre d'une Société de femmes, jouait aux cartes, montait à cheval seulement en compagnie de jeunes filles. On a appris qu'elle était homosexuelle. On a tenté de la soigner et de la guérir de cette perversion. C'est pendant le traitement que le traumatisme cité ci-dessus est arrivé. Il est très intéressant de noter que la tendance homosexuelle avait totalement disparu à la suite du traumatisme. Or elle a commencé à chercher la compagnie des hommes et à mener graduellement une vie normale.

Les troubles mentaux se sont développés longtemps après l'accident physique, mais bientôt après le traumatisme sexuel. La céphalée persista pendant des mois et des années et plus tard parallèlement avec les troubles psychiques.

Obs. XI. — D. O'C., femme mariée, âgée de 36 ans, a été blessée par son mari enivré. Le coup a été porté à la tête par un marteau. Perte de connaissance pendant seize heures. Il y a eu une plaie du cuir chevelu à la région occipitale. La malade a été alitée pendant quatre semaines, souffrant de maux de tête et de vertiges chaque fois qu'elle essayait de se lever. La radiographie n'a pas révélé de fracture du crâne. Aucun signe neurologique. Elle fut immobilisée pendant trois mois. Graduellement elle a regagné ses forces, mais comme séquelle elle avait des attaques de céphalée. Deux ans plus

©BIUM

tard son mari a été tué accidentellement. Laissée sans moyens d'existence avec ses trois enfants, elle a réussi à obtenir un emploi de caissière dans un restaurant, mais malheureusement elle a été obligée de renoncer à cet emploi en raison des maux de tête fréquents. Quelques parents l'ont aidée un peu, mais elle est devenue déprimée et ne pouvait plus dormir ni manger. Elle est amaigrie, a perdu l'intérêt à tout et même à ses enfants. Elle est devenue négligente par rapport à la propreté corporelle, aux vêtements et à son apparence personnelle. Délire et hallucinations entrent en scène. Cet état a duré 18 mois et fut suivi de guérison. Elle s'est remariée. Au sixième mois de sa grossesse elle a appris que son mari ne lui était pas fidèle. Chagrinée par cette révélation, elle est tombée malade. L'ancien état mental est réapparu. Avortement avec fœtus mort et hémorragies utérines consécutives. En trois mois elle guérit. Son mari l'a quittée. Les maux de tête ont continué. L'état mental est bon à présent.

L'histoire entière de la malade révèle des caractères anormaux personnels et familiaux. Quelques membres de la famille étaient aliénés. A l'enfance elle était considérée comme excentrique et menteuse. Avant l'âge de quinze ans elle avait des attaques de perte de connaissance avec explosions de colère. A l'école elle volait objets et argent des autres écoliers. Fréquemment elle a fait l'école buissonnière. Enurésie jusqu'à l'âge de 13 ans. Elle avait un penchant anormal à torturer les animaux. Dès l'âge de neuf ans elle se masturbait. Son premier mari l'a séduite deux ans avant le mariage. Les troubles psychiques commencèrent longtemps après le traumatisme cranien et seulement à propos de forts chocs émotionnels. Cependant, l'on ne doit pas oublier la conséquence du traumatisme originel, notamment les paroxysmes fréquents de céphalée pénible.

La lecture attentive de ces observations montre que l'évolution des troubles psychiques ne pourrait pas être accomplie si les éléments suivants n'étaient pas pris en considération : les incidents émotionnels postérieurs aux traumatismes craniens et la vie entière de chaque individu dès l'enfance avec toutes ses caractéristiques, intellectuelles et affectives. En mettant tout ce matériel en corrélation, l'on peut observer toute une série d'événements logiques conduisant à la formation des états délirants et hallucinatoires. A l'aide d'une telle méthode d'investigation, la compréhension du mécanisme des psychoses était possible.

Nous avons observé dans notre groupe des cas de type schizoïde et de type cycloïde, et par conséquent nous pouvions noter le développement des manifestations schizophréniques et cyclothymiques respectivement dans les deux catégories d'individus. Aussi avons-nous observé le fait que les psychoses ne présentent pas toujours des tableaux cliniques statiques ou psychologique-

©BIUM

ment immobiles dès leur début jusqu'à la terminaison. En même temps, nous avons pu tracer dans chaque cas une continuité psychologique plus ou moins nette et définie entre les psychoses (quoique temporaires) et le passé lointain. Les forces dynamiques des manifestations psychosiques apparaissaient peut-être soudainement et elles suivaient toujours des forts traumatismes affectifs, mais dans chaque cas il y avait dès l'enfance des tendances profondes de nature émotionnelle qui étaient toutes prêtes à s'extérioriser d'une manière anormale sous l'influence des stimulants affectifs. Les réactions psychiques ont l'apparence d'une réorganisation des tendances émotionnelles en présentations délirantes. Il est donc évident qu'à l'aide de l'analyse de tous les facteurs, anciens et présents, qui concernent la vie affective, aussi que des caractères héréditaires, l'on arrive à élucider les phénomènes psychodynamiques propres des psychoses. Si une telle méthode est adoptée en psychiatrie, non seulement la clarté définie est introduite dans la pathogénie de quelques affections mentales, mais la situation thérapeutique peut donner de très bonnes espérances.

Dirigeons maintenant notre attention vers le facteur du traumatisme cranien. Premièrement, il y avait, dans chaque cas de notre série, perte totale de connaissance de plus ou moins longue durée. Nous ne pouvons pas supposer qu'il s'agissait des grosses lésions organiques en forme des grands foyers circonscrits, étant donné que les signes cliniques manquaient entièrement. Mais l'on ne peut pas ignorer des altérations diffuses, de petites hémorragies dans le cerveau et les méninges, des désordres dans les vaisseaux sanguins aussi bien que dans la circulation et la sécrétion de la lymphe et du liquide cérébro-spinal, des désordres dans la fonction des plexus choroïdaux et dans la fonction protectrice de la barrière hémato-encéphalique (épendyme, névroglie, tissu subépendymal, plexus choroïde, etc.), dont l'importance dans les fonctions très délicates du cerveau a été récemment mise en évidence par von Monakow et d'autres. Penfield, Buckley et Linell (Brain 50 ; 499, 1927 ; *Arch. of Neur. and Psych.*, 20 : 1, July and August 1928, p. 927) ont trouvé des altérations histologiques dans le tissu conjonctif, particulièrement dans la microglie, la macroglie et les cellules astrocytes du tissu nerveux. Dans les deux types de cellules, l'on observe des changements, même dès le troisième jour après l'accident. La réaction de la microglie est de balayer le tissu cérébral endommagé et particulièrement d'éloigner le myéline des gaines médullaires lésées. Cette activité atteint son maximum quelques jours après le traumatisme et est

©BIUM

très avancée quand la lésion date de trois semaines. Les astrocytes jouent un rôle important et permanent dans le mécanisme de réparation de la plaie, c'est-à-dire dans la formation de la cicatrice protectrice du cerveau. La contusion du cerveau ne peut plus être considérée comme un état transitoire sans altérations de structure ; des altérations dégénératives tardives sont très possibles. Pour toutes ces raisons, chaque blessure de tête, si minime qu'elle soit, doit être envisagée d'un point de vue sérieux.

Puisque dans tous les cas à peu près de traumatisme cranien il y a des lésions fines de caractère diffus, la question se pose si les désordres psychiques sont ou non en relation directe avec les lésions organiques. Dans les observations de notre groupe de cas, les manifestations psychopathologiques ont apparu plusieurs mois et même plusieurs années après la blessure originelle de la tête.

Nous avons aussi observé qu'elles ont été invariablement précédées d'une forte force émotionnelle de nature anormale. Les manifestations morbides, elles-mêmes, telles que la dépression, états d'anxiété ou d'obsession et d'autres, — toutes étaient d'ordre affectif. En général, de tels phénomènes ne nécessitent pas d'offenses somatiques pour leur développement. Leurs desiderata sont ordinairement : un bouleversement émotionnel et un fond anormal de l'état affectif. Autrement dit, des facteurs purement psychogénétiques sont les sources suffisantes dans la création des phénomènes psychosiques.

Cependant, l'on ne peut pas ignorer entièrement les altérations histologiques qui frappent le système nerveux central dans les traumatismes craniens. Bien que des gros symptômes cliniques indiquant des lésions en foyer ne fussent pas présents dans nos cas, toutefois les malades souffraient assez souvent de maux de tête violents, depuis le jour des accidents jusqu'au début des troubles psychiques. Evidemment, leurs cerveaux ont été matériellement endommagés et la céphalée continue pendant plusieurs années était due aux états cicatriciels de caractère diffus dans le tissu nerveux ou dans les méninges. De tels cerveaux sont des cerveaux lésés et leurs réactions aux désordres même de nature affective sont forcément plus prêtes, plus empressées et plus prononcées que dans les cas des cerveaux matériellement normaux. Les nombreuses observations dans le domaine des intoxications en relation avec les psychoses, ainsi que les facteurs expérimentaux et cliniques, tous sont les signes des altérations sur tous les niveaux d'intégration anatomique, physiologique, chimique et psychologique. Bien que les principes fondamentaux de Freud à

©BIUM

l'égard de la conduite humaine dans la vie normale et psychopathologique aient contribué à une meilleure conception des phénomènes psychosiques, nous ne devons pas néanmoins ignorer le matériel accumulé déjà en abondance, qui démontre la valeur compréhensive de dégâts organiques et les facteurs constitutionnels. Nous ne pouvons pas laisser de côté le fait que dans les cas d'intoxication ou de changements chimiques, dans les cas d'altérations anatomiques dans le cerveau qui, par ce fait, entraînent des désordres physiologiques, les phénomènes psychopathologiques qui suivent ces changements deviennent plus tôt ou plus tard fixés en vertu de ces altérations. Cependant, il faut bien se rappeler qu'ils ne peuvent pas être entièrement responsables des manifestations psychopathologiques. Celles-ci sont, en principe, dues aux facteurs psychogénétiques. Dans ces limites, la parenté du psychogénétique à l'organique est évidente par soi-même.

Si maintenant nous dirigeons notre attention vers le sujet de notre problème, nous voyons que cette parenté est maintenue même dans les cas à longs intervalles (mois ou années) entre le traumatisme cranien et les troubles psychiques pendant lesquels le malade peut paraître tout à fait normal. L'ancien traumatisme somatique *per se* et tous les foyers cicatriciels dans le cerveau ne sont pas les facteurs directs du développement des psychoses. Celles-ci sont le résultat des troubles dans le dynamisme de la vie mentale, dont la nature essentielle consiste principalement dans les éléments de nature affective. Les traumatismes de celle-ci, comme nous avons noté dans les observations de notre groupe de cas, sont les initiatives causales des états psychosiques, mais les changements organiques acquis ou bien les défectuosités ainsi que les imperfections constitutionnelles jouent ici, nous le croyons, un rôle éminent et déterminent la façon d'exprimer la santé mentale malade. Des traumatismes craniens anciens et même très âgés ne doivent pas être ignorés dans l'évaluation de désordres tardifs dans le domaine des fonctions psychiques. Une telle conclusion a naturellement une grande importance médico-légale.

Les traumatismes craniens suivis de phénomènes psychopathologiques tardifs, ou rapprochés, doivent être surveillés. Tous les deux jouent leur rôle respectif de facteurs tributaires dans le domaine des troubles mentaux, même si la date à laquelle ceux-ci apparaissent est tardive, mais l'on ne doit pas perdre de vue le fait que de tels troubles ont une origine fondamentale de nature psychogénétique.

©BIUM

SYNDROME HYPOPHYSAIRE ET EPILEPSIE POSTCLIMATERIQUE

PAR

GRÉGOIRE I. ODOBESCO et H. VASILESCO (1)

On a signalé depuis longtemps les relations existant entre l'épilepsie et la menstruation, entre l'épilepsie et la ménopause et entre l'épilepsie et les fonctions endocrines de toutes sortes ; et, d'autre part, on a signalé aussi les relations entre les troubles hypophysaires (causés surtout par les diverses formations néoplasiques) et l'épilepsie. Mais les cas sont très rares où l'épilepsie coïncide à la fois avec la ménopause et avec un syndrome hypophysaire.

Au sujet des rapports entre les accès épileptiques et la menstruation, V.-H. Giacannelli (1) conclut ainsi des vingt cas cliniques étudiés : habituellement les accès correspondent à la période prémenstruelle et pendant les longues périodes d'aménorrhée le nombre des accès diminue. Il attribue le fait à un désordre partiel des fonctions ovariennes affectant la secrétion interne et spécialement celle de l'hormone folliculaire ; tandis que si les sécrétions internes de l'ovaire sont taries, comme après la castration ou la stérilisation thérapeutique, il y a, au contraire, formation de produits toxiques et le nombre des attaques augmente. L'augmentation prémenstruelle et menstruelle serait due à l'hormone folliculaire qui diminue le métabolisme du calcium et rend plus facile l'action des autres sécrétions endocrines, particulièrement celle de la thyroïde.

A. Souques et H. Gilbrin (2), à propos de trois cas de crises mensuelles d'épilepsie apparues après la suppression spontanée et précoce de la menstruation, ont émis deux hypothèses : 1° la crise épileptique est d'origine réflexe, ayant comme point de

(1) Travail de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses de Bucarest.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 93^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1935.

©BIUM

départ l'altération ovario-utérine ; 2° la crise est d'origine autotoxique, l'anovarie ou la dysovarie entraînant un trouble de l'équilibre d'autres glandes endocrines, donc une perturbation humorale ou toxique qui déclencherait la crise épileptique. En tout cas, le réflexe comme l'intoxication doivent trouver un terrain préparé : une susceptibilité spéciale, une aptitude épileptique des centres nerveux, congénitale ou acquise. A cette occasion, H. Claude, soulignant la liaison qui existe fréquemment entre les troubles nerveux d'ordre spasmodique et les troubles ovariens, a rappelé l'influence calmante ou provocante de la grossesse sur les états maniaco-dépressifs et Souques a rapproché ces états des cas de chorée qui récidive à chaque grossesse. D'autre part, Béclère affirme qu'il a traité par la radiothérapie bien des femmes atteintes de fibromes utérins et d'épilepsie et que jamais n'a été constatée la moindre influence du traitement sur les crises ; en pareil cas, les migraines ne sont pas non plus toutes influencées.

Sanchis Banus (3) décrit trois cas de femmes, à hérédité névropathique chargée et anomalies de caractère (surtout tendances mystiques religieuses), qui commencèrent à avoir des attaques épileptiques au moment où débuta l'âge critique. A propos de ces cas, L. Wahl dit avoir observé trois cas d'épilepsie apparue chez l'homme entre quarante-cinq et cinquante ans, qui ne correspondaient pas au type des épileptiques sans épilepsie (notion due à Lombroso), n'étaient point des artério-scléreux, des brightiques ou des syphilitiques et ne présentaient pas de lésions cérébrales macroscopiques pouvant en être rendues responsables.

L. Marchand et Courtois (4) ont présenté une femme épileptique qui n'avait que des accès rares et nocturnes. Après une ovariotomie et hystérectomie pratiquées dans l'espoir de combattre l'épilepsie, tous les symptômes comitiaux s'aggravèrent (crises diurnes, équivalents psychiques, troubles de la mémoire).

Les rapports entre l'épilepsie et les fonctions endocrines ont été étudiées par L. Pennacchi (5) par l'essai biologique des extraits hormoniques au moyen de l'intradermoréaction sur 120 épileptiques et il a constaté des réactions supérieures à la moyenne avec les extraits thyroïdiens, hypophysaires et ovariens, et inférieures à la moyenne avec les extraits parathyroïdiens, testiculaires et surrénaux.

L. Marchand (6) consacre à cette question une ample étude et il constate préalablement la difficulté de préciser quelle est la glande dont les fonctions sont altérées, à cause de l'interaction des glandes endocrines déterminant bien des symptômes étran-

©BIUM

gers à la glande en cause (surtout lorsqu'il y a suppression de sa fonction) par la suppléance fonctionnelle compensatrice d'une ou de plusieurs autres glandes. Quant à la fonction ovarienne, Toulouse et Marchand concluent que « chez la plupart des épileptiques les règles n'ont aucune influence sur la production des accès ». Et, si Rebattu, Mollon et Sédaillon ont signalé la guérison du mal comitial sous l'influence de la ménopause, en revanche, Marchand a suivi deux malades qui n'ont présenté des crises épileptiques qu'au moment de la disparition des règles : l'une à 52 ans, l'autre à 53 ans. On ne saurait donc établir aucune loi au sujet de l'influence des fonctions ovariennes sur l'épilepsie ; et l'action de la ménopause sur l'épilepsie n'est généralement ni favorisante, ni aggravante.

En examinant les relations de l'hypophyse avec les crises épileptiques, on doit tout d'abord mentionner la coexistence de l'épilepsie et de l'insuffisance hypophysaire, signalée par certains auteurs (7). Ensuite, on doit rappeler que l'on a constaté souvent chez le même sujet l'acromégalie et l'épilepsie, cette dernière ayant précédé de beaucoup l'acromégalie dans certains cas, ce qui plaiderait en faveur de leur indépendance. Mais, dans d'autres cas, l'acromégalie est en rapport avec une tumeur de l'hypophyse, qui détermine l'épilepsie au même titre que toute autre tumeur cérébrale, les accès pouvant être parmi les symptômes de début de la maladie (Babinski). Les crises convulsives seraient alors symptomatiques et non d'origine endocrinienne (Hirsch, Hayaschi). Cependant, pense Marchand, puisque « l'épilepsie est notée dans un sixième des cas de tumeurs de l'hypophyse (Franckl, Hochwart) ...on a bien attribué certains cas d'épilepsie au dyspituitarisme (Cushing, Timme), mais ces cas sont rares et peu probants ».

Beaussart (8) a présenté un cas de tumeur hypophysaire révélé à l'autopsie d'un malade qui vers 40 ans est devenu épileptique, présentant une esquisse de syndrome cérébelleux, diminution de l'acuité visuelle et léger affaiblissement global des facultés intellectuelles — donc aucun signe hypophysaire et pas d'acromégalie.

En somme, rien ne permet d'établir une corrélation certaine entre l'épilepsie et l'hypophyse des épileptiques : les constatations anatomiques ne révèlent chez eux rien de caractéristique et, d'autre part, le traitement de l'épilepsie par les extraits hypophysaires donne tantôt une amélioration fugace, tantôt une aggravation des accès ; les cas où l'on a cru trouver des relations causales entre les troubles de la sécrétion hypophysaire et l'épilepsie ont été assez diversement expliqués pour entraîner une convic-

©BIUM

tion ferme. Ainsi, Hofbauer incrimine l'hyperfonctionnement hypophysaire (déterminant des spasmes des artères cérébrales), tandis que Van den Berg incrimine l'hypofonctionnement qui exagère l'excitabilité corticale. Et Salmon (9) rappelle une série de faits qui semblent démontrer le rôle de l'hypophyse dans la pathogénie de l'épilepsie (production de crises par injections dans la région infundibulo-hypophysaire, existence d'épilepsie dans les tumeurs de la région, association de sommeil et d'hyperthermie aux crises, etc.) ; les relations de l'hypophyse et des autres glandes endocrines expliqueraient leur influence sur l'évolution de l'épilepsie ; les liens fonctionnels qui unissent les noyaux diencéphaliques aux centres vaso-moteurs corticaux, thalamiques et bulbaires permettraient de comprendre l'apparition des mouvements convulsifs. Jean Cuel (10) parle d'une femme de 57 ans, avec tumeur hypophysaire et symptomatologie mentale *exclusive*, ce qui serait très rare ; tandis que les troubles mentaux de divers degrés, jusqu'à la démence, qui accompagnent les tumeurs seraient d'observation courante, de même que des signes généraux des néoplasies intracraniennes, à côté des symptômes de localisation dite « hypophysaire », dus, selon Aschner, Camus et Roussy, à une atteinte de la zone infundibulo-tubérienne et non plus à une altération du tissu glandulaire de l'hypophyse. André Thomas a eu des cas d'infantilisme et troubles mentaux avec tumeur hypophysaire ou épendymite. Dans le cas de Carnot, Lambling et Mlle Tissier (11), il y avait une acromégalie authentique sans lésions de l'hypophyse. Clovis Vincent, Puech et Marcel David (12) ont constaté des résultats discordants à la suite de l'intervention chirurgicale faite sur des hypophyses présentant des tumeurs soupçonnées responsables du tableau clinique (acromégalie) : dans un cas où il s'agissait d'un adénome suprasellaire kystique à granulations éosinophiles, l'acromégalie a été nettement améliorée ainsi que les troubles visuels, tandis que dans un autre cas d'adénome chromophobe présentant le syndrome de Babinski-Froelich, l'amélioration a été nulle. Guillain, Mollaret et I. Bertrand (13) rapportent l'observation d'une malade présentant une selle turcique normale, mais des calcifications suprasellaires avec syndrome typique de tumeur suprasellaire, hypertension, diabète insipide, hémianopsie bitemporale ; histologiquement il y avait un angio-neuro-épithéliome kystique de la région suprasellaire.

On peut donc voir que, en ce qui concerne le rôle de l'hypophyse dans la production des crises convulsives, les faits relatés par les auteurs sont assez contradictoires. Car, à côté des cas où mal

©BIUM

comitial et troubles hypophysaires coïncident, il en est d'autres où les troubles hypophysaires coexistent avec d'autres troubles assez divers, ainsi que des cas où les troubles hypophysaires ne sont révélés par aucun signe clinique.

Mais les cas où la dysfonction endocrinienne intéresse plusieurs systèmes glandulaires rendent l'interprétation encore plus difficile. Tel est le cas de Perrin et Richard, concernant une malade qui est devenue épileptique au moment de la ménopause coexistant avec des signes d'insuffisance thyroïdienne et hypophysaire. Cela nous mène à la question de l'interaction pluriglandulaire. A ce sujet, Aimé (14) soutient la théorie dialytique du mécanisme des crises épileptiques : certaines substances albuminoïdes, produits de désintégration des glandes endocrines, augmentent la tension osmotique du sang qui les véhicule vers les membranes dialysantes de l'économie comme l'arachnoïde et la pie-mère ; l'hypertension osmotique provoque le blocage réflexe du rein et le reflux massif du sang vers le cerveau et les plexus choroïdes, déterminant ainsi la crise convulsive. Etienne et Richard (15), se basant sur l'étude d'un groupe de cas d'épilepsie manifestement liée à des troubles endocriniens, supposent une hypertonicité sympathique des vaisseaux cérébraux déclenchant sous certaines influences des spasmes anémiant le tissu cérébral, inhibant d'abord la corticalité, libérant les centres moteurs palliddaux et déterminant la crise épileptique.

Mais, en général, on admet que, étant donnée l'action des glandes endocrines sur le métabolisme général, la crise serait due à l'accumulation dans l'organisme des déchets toxiques lors des troubles fonctionnels endocriniens.

Nous donnons ci-après l'observation d'une malade qui présentait un syndrome hypophysaire et tumeur de l'hypophyse en même temps qu'une épilepsie survenue à la ménopause.

Malade de 58 ans, internée le 26 août 1933 pour épilepsie, dont les premiers accès sont apparus il y a seize ans, lors de la ménopause, accompagnés de troubles mentaux avec prédominance des impulsions dromomaniaques.

Somatiquement : massif facial développé, les bords et les arcades orbitaires très proéminents et épaissis, nez hypertrophié dans toutes ses dimensions et énormément proéminent, apophyses malaires développées, lèvres épaisses (surtout l'inférieure), menton proéminent, maxillaires épaissis (surtout l'inférieur, avec prognatisme très marqué), oreilles volumineuses, langue grosse gênant remarquablement la parole ; la peau jaune-brun est sèche, les cheveux et les poils abondants et serrés. Hypertrophie des extrémités : mains grosses et

©BIUM

larges, éminence thénar et hypothénar agrandies, gros doigts. Gros pieds élargis, orteils volumineux. Muscles des avant-bras et des bras légèrement atrophiés, hypotones ; jambes et cuisses sans particularités. Le crâne augmenté de volume, les sutures proéminentes, les apophyses mastoïdes et la protubérance occipitale externe grossies. Cyphose cervico-dorsale. Bassin élargi. Larynx volumineux, proéminent, de type masculin. Tissus musculaires et graisseux (très peu abondant) flasques. Aménorrhée. Céphalée fréquente. Voix basse. Pas de signes de compression des nerfs optiques.

Psychiquement : la malade est très réduite, inerte, sans aucune initiative, n'exprimant aucun désir, à peine capable de donner certaines réponses brèves à des questions très simples après des sollicitations réitérées et cessant de répondre au bout de quelques essais.

Epreuves de laboratoire : réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Urée sanguine 0,48 0/00; glycémie 1,56 0/00 ; urines relativement abondantes : 1.300-1.600 cc.; aucun autre signe de diabète insipide.

Examen radiologique : os du crâne épaissis, sinus frontaux et sphénoïdaux augmentés de volume, selle turcique arrondie détruite en arrière, les apophyses clinoïdes usées, le plancher sellaire occupé par plusieurs opacités irrégulières. Diagnostic radiologique : tumeur hypophysaire.

Les crises comitiales à accès typiques surviennent une à deux fois par mois.

En résumé : épilepsie postclimactérique et syndrome hypophysaire traduit *cliniquement* par des signes somatiques très nets de dystrophie acromégalique et *radiologiquement* par la déformation et la destruction partielle de la selle turcique, impliquant une hypertrophie de l'hypophyse.

Le complexe symptomatique présenté par notre malade n'est réalisé par aucun des cas cités et, pour cette raison, nous pensons qu'il mérite une attention particulière.

1) Tout d'abord, nous constatons la concomitance de l'épilepsie et des troubles mentaux d'un côté, et de la ménopause de l'autre. Les faits rapportés et les opinions des auteurs sur les relations causales entre la fonction ovarienne et l'épilepsie sont totalement discordants. Trois cas de Sanchis Banus et deux cas de Marchand ont présenté *des crises épileptiques à la ménopause,* celui de Marchand et Courtois a eu une aggravation de l'épilepsie *après* l'ovario-hystérectomie ; pourtant Rebattu, Mollon et Sédaillon ont constaté *la guérison de l'épilepsie après la ménopause,* tandis que pour Toulouse et Marchand la fonction ovarienne et pour Marchand la ménopause n'ont aucune influence précise sur

©BIUM

l'épilepsie. Toutefois, on ne doit pas perdre de vue que les troubles ovariens et la ménopause sont assez couramment accompagnés de troubles névropathiques formant une échelle qui va jusqu'aux manifestations convulsives, parfois à caractère grave. Or, entre ces derniers troubles et les crises épileptiques y a-t-il une simple différence de degré ou une véritable différence de nature ? Nous ne possédons aucun critère infaillible pour y répondre, surtout que le cadre de l'épilepsie semble ne plus avoir des frontières trop rigides : ni l'étiologie (nous parlons de l'épilepsie dite « essentielle »), ni la date d'apparition, ni la forme ou l'intensité des manifestations, ni leur fréquence, ni la curabilité, etc., ne constituent plus des éléments certains, et encore moins des signes pathognomoniques, pour le diagnostic de l'épilepsie. Il n'est pas exclu que les divergences apparentes entre les opinions précitées tiennent seulement à la diversité des formes et du comportement d'une seule et même maladie. Quant à notre malade, les relations causales entre l'épilepsie accompagnée de troubles mentaux et la ménopause sont au moins vraisemblables.

2) Mais il y a aussi un syndrome d'hyperfonction hypophysaire et une tumeur de l'hypophyse révélée par la radiographie. S'agit-il d'une simple hyperfonction, caractérisant en général la ménopause et l'involution chez la femme ? Et quels sont les rapports du syndrome avec la tumeur et de celle-ci avec l'apparition de l'épilepsie ? Le syndrome acromégalique présenté par notre malade nous semble assez net pour pouvoir dire qu'il dépasse franchement les limites de l'hyperfonction habituelle accompagnant la ménopause et ses relations avec la tumeur sont plausibles ; mais si l'hyperfonction rentre dans l'ordre normal des choses, la tumeur est un fait pathologique qui a incontestablement une signification plus grande dans le tableau clinique. La production des crises comitiales dans des cas analogues a pu être attribuée autant à la dysfonction hypophysaire qu'à son hyperfonction et qu'à son hypofonction — en laissant de côté le rôle de la tumeur hypophysaire, agissant peut-être comme toute autre tumeur de la région ; et, pas plus les constatations anatomiques que les résultats du traitement pituitaire ne donnent une indication certaine sur le rôle de l'hypophyse dans la production des crises. Dans certains cas de tumeur hypophysaire on a signalé l'apparition d'une épilepsie franche de type comitial, avec des crises précédées d'une aura gustative ou olfactive ; ce qui, d'après Cushing, prouverait que ces crises sont dues à l'irritation de la circonvolution de l'hypocampe, ou, selon d'autres auteurs, à l'irritation des noyaux lenticulaires ou infundibulo-tubériens.

©BIUM

De sorte que la production des crises épileptiques chez notre malade pourrait tout aussi bien être attribuée à la ménopause qu'à la tumeur hypophysaire, à moins qu'il ne s'agisse tout simplement de leur coïncidence avec l'installation d'un mal comitial autonome.

Mais comme l'accumulation de tant de coïncidences serait bizarre, nous nous croyons suffisamment autorisés à admettre que, entre les trois ordres de troubles — ménopause, épilepsie, tumeur et syndrome hypophysaire — il y a certainement plus que de simples rapports de hasard, c'est-à-dire qu'ils peuvent être reliés par un des mécanismes déjà signalés dans des cas pareils.

BIBLIOGRAPHIE

1. V. H. Giacanelli. — Sur les rapports entre les accès épileptiques et la menstruation. *Ann. de l'Hôp. psych. de Pérouse*, déc. 1931 ; *Encéphale*, 1933.
2. A. Souques et E. Gilbrin. — Crises mensuelles d'épilepsie apparues après la suppression spontanée et précoce de la menstruation. *Soc. de Neurol.*, 2 juillet 1930.
3. Sanchez Banus. — Epilepsie de la ménopause. *Arch. de Neurobiologie de Madrid*, sept. 1920 ; *Encéphale*, 1921.
4. L. Marchand et A. Courtois. — *Soc. de Méd. Ment.*, 17 février 1930.
5. I. Pennacchi. — Les glandes endocrines dans l'épilepsie. Leur essai biologique par l'intradermo-réaction d'extraits hormoniques. *Ann. de Pérouse*, janv.-mars 1932 ; *Encéphale*, 1933.
6. L. Marchand. — Glandes endocrines et épilepsie. *Rev. Neur.*, 1922.
7. Tucker Hyman. — *New-York Med. Journal and Medical Record, Rev. Neur.*, 1924.
8. Beaussart. — Tumeur hypophysaire. Epilepsie tardive. Fibrome d'un nerf. *Rev. Neur.*, 1922.
9. Salmon. — Données expérimentales et cliniques à l'appui d'un centre végétatif épileptique dans la région diencéphalique. *Presse médicale*, 1932.
10. Jean Cuel. — Tumeur de l'hypophyse à symptomatologie mentale. *Rev. Neur.*, 1924.
11. Carnot, Lambling et Mlle Tissier. — *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 avril 1929.
12. Clovis Vincent, Puech et Marcel David. — *Soc. de Neur.*, 8 mai 1930.
13. Guillain, Mollaret et Bertrand. — *Soc. de Neur.*, 3 avril 1930.
14. Aimé. — Quelques modes actuels de traitement des crises épileptiques et conjectures sur la théorie dialytique de leur mécanisme. *Progrès médical*, 3 janvier 1914.
15. Etienne et Richard. — Epilepsie d'origine endocrinienne. *XXIe Congrès des aliénistes de langue française.*

©BIUM

TRAITEMENTS ARSENICAUX ET SYPHILIS NERVEUSE

PAR

A. DONNADIEU

Il y a quelques années, nous avons rapporté avec F. Leuret (1) un cas de mort survenue au cours d'un traitement par le stovarsol intra-veineux comme il se pratiquait à ce moment-là. Il s'agissait d'une démente paralytique qui mourut d'un ictus survenu le soir de la sixième injection intra-veineuse de stovarsol sodique. A cette époque, MM. Barbé et Sézary ne furent pas d'avis d'attribuer ce décès au médicament. Depuis lors, à la suite d'accidents signalés par plusieurs auteurs, ils ont abandonné cette voie et n'utilisent plus que la voie sous-cutanée.

Pour notre part, après avoir éliminé pendant un certain temps de notre thérapeutique ce médicament, nous y sommes revenus en présence des résultats satisfaisants signalés lorsqu'on l'emploie en injections sous-cutanées. Nous sommes mal placés pour comparer son action à celle de la malariathérapie, mais nous devons reconnaître qu'il est dans certains cas la seule thérapeutique utilisable : nombre insuffisant de malades pour conserver une souche dans beaucoup d'asiles de la métropole, malade déjà paludéen, comme nous en trouvons souvent au Maroc.

Nous devons dire dès à présent, bien que nous poursuivions son étude, que nous avons obtenu, grâce à lui, des résultats intéressants et nous citerons simplement, en passant, celui d'une femme très affaiblie mentalement et physiquement, gâteuse, qui put quitter l'asile, transformée après deux séries de stovarsol sodique sous-cutané.

Notons d'ailleurs qu'alors même que nous ne constations pas

(1) F. LEURET et A. DONNADIEU. — A propos d'un cas de paralysie générale traité par le stovarsol intra-veineux à hautes doses. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 mars 1927.

ANN. MÉD.-PSYCH., XV^e SÉRIE, 93^e ANNÉE, T. II. — Décembre 1935.

©BIUM

d'amélioration de l'état mental, le stovarsol sodique nous a donné presque toujours une amélioration nette de l'état physique et que nous avons vu souvent disparaître le gâtisme chez des malades déjà avancés.

Mais le cas que nous avons rapporté en 1927 a toujours laissé présent à notre esprit le danger qu'il y avait à traiter brutalement par l'arsenic des malades dont le système nerveux est touché par le tréponème alors même qu'aucun signe clinique neurologique n'attire l'attention.

Les neuro-réactions sont de notion courante, mais peut-être de nos jours un peu oubliées. Certes, on ne peut les imputer toujours à l'arsenic puisqu'elles étaient signalées par Fournier, Brissaud, alors que n'existait que le traitement mercuriel. Elles paraissent cependant plus fréquentes avec le traitement arsenical.

Deux cas récents viennent à nouveau d'attirer notre attention sur ce sujet. Ils nous ont paru dignes d'être rapportés, car assez typiques et parce que l'un d'entre eux assez particulier par sa symptomatologie psychique, qui a posé différents problèmes diagnostiques, peut servir de contribution à la pathogénie des neuro-réactions.

La *première observation* est celle d'un Sénégalais S. P. ayant contracté un chancre syphilitique le 11 novembre 1934, qui reçut en novembre et décembre 10 injections intra-veineuses de novarsénobenzol. Envoyé moins d'un mois après dans un hôpital pour bronchite, il reçut à nouveau d'emblée 4 injections intra-veineuses de 0,90 chacune de novarsénobenzol. Ce traitement provoqua de l'agitation, du délire, ce qui motiva son transfert à l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Berréchid. Les choses rentrèrent rapidement dans l'ordre sans traitement.

La *deuxième observation* a été suivie plus longuement. Elle est plus intéressante en ce qu'elle pose plusieurs problèmes.

Le militaire L. ben M., né en 1902, est adressé à l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Berréchid, le 14 février 1935, parce qu'il a présenté, outre deux crises convulsives le 24 octobre 1934 et le 9 décembre, des troubles de la mémoire.

A son entrée, ce malade se plaint de céphalée violente et signale de lui-même ses absences de mémoire. Il y a lieu de noter que lorsqu'il entra à l'Hôpital Militaire le 24 octobre 1934, il avait seulement présenté les deux crises convulsives signalées ci-dessus. Un Bordet-Wassermann ayant été reconnu positif, on établit que ce sujet avait eu un chancre il y a 5 ans, non traité à l'époque. Il fut alors traité de façon intensive puisqu'il reçut, du 16 décembre 1934 au 7 janvier 1935, quatre injections de novarsénobenzol de : 0,30, 0,60, 0,90, 1,20. Durant la même période, le lendemain du jour où il

©BIUM

recevait ces injections arsenicales, il lui était fait des injections intra-musculaires de Quinby, qui, commencées le 17 décembre, étaient répétées six fois jusqu'à la date du 21 janvier. A ce traitement arsenico-bismuthé, s'ajoutait encore tous les jours, entre le 15 décembre 1934 et le 5 janvier 1935, l'ingestion d'une potion au biiodure de mercure.

Les crises convulsives ne se répétèrent pas et le malade quitta l'Hôpital le 22 janvier 1935, mais le 29 on le ramenait à l'Hôpital militaire car de nouveaux troubles avaient fait leur apparition. C'est tout d'abord de l'inertie dans le service, mais ce sont surtout des absences de mémoire qui frappent ses supérieurs. En effet, L. se perd à l'intérieur du quartier, oublie son fusil quand il l'a posé quelques instants avant dans un endroit déterminé, etc..... C'est dans ces conditions qu'il est adressé le 14 février 1935 à l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Berréchid.

A son entrée il se plaint d'une céphalée qui, pour être moins intense qu'elle a été, est cependant difficilement supportable. Il accuse des vertiges, ne se rappelle pas avoir jamais eu de crises convulsives, mais reconnaît les troubles de la mémoire signalés ci-dessus. Ces troubles portent d'ailleurs uniquement sur la mémoire de fixation, le souvenir des faits anciens étant à peu près complètement conservé.

L'examen physique permet de constater un strabisme interne de l'œil gauche très marqué, sans modification de la motilité volontaire du globe oculaire. Les pupilles sont égales, réagissent parfaitement à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de tremblement de la langue. Sur le bord gauche de celle-ci on découvre une petite cicatrice, signature probable des crises convulsives. Les mains présentent un petit tremblement fin. La station debout, même sur un pied et les yeux fermés, se fait normalement. Les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs et au niveau du tendon d'Achille. Le réflexe rotulien est un peu plus vif à droite qu'à gauche. Pas de clonus de la rotule. Une ponction lombaire pratiquée le 15 février donne en position assise une pression de 40 au manomètre de Claude.

Lymphocytes : 111,7 par millimètre cube.
Albumine : 1,68 par litre.
Globuline : +++.
Glucose : 0,632 par litre.
Bordet-Wassermann fortement positif.
Benjoin colloïdal : 1.2222.22222.20000.0.

Depuis ce moment le malade s'est montré calme, mais il se perdait à l'intérieur du quartier et lorsqu'il quittait son lit pour se rendre aux cabinets, situés cependant dans un coin du dortoir, il n'arrivait pas à le retrouver.

Après quelques jours de repos, on commençait chez lui le 18 fé-

©BIUM

vrier un traitement prudent par des injections intra-veineuses quotidiennes de cyanure de mercure à 1 centigramme suivies de 10 injections intra-musculaires, bi-hebdomadaires de Bivatol. Puis tout traitement par injections a été arrêté, le malade prenant seulement deux grammes d'iodure de potassium par jour.

A la suite de ce traitement, la céphalée a diminué et même actuellement a presque complètement disparu ; il ne s'est pas produit d'autres crises convulsives et la mémoire est redevenue bonne, présentant cependant une lacune pour la période d'amnésie. Au point de vue physique, le strabisme de l'œil gauche persiste mais est moins marqué. Les réflexes rotuliens et achilléens sont égaux des deux côtés.

Une nouvelle ponction lombaire pratiquée le 20 avril 1935 donne :

Lymphocytes : 17,4 par millimètre cube.
Albumine : 1,40/1.000.
Globuline : +++.
Pandy : positive fortement.
Bordet-Wassermann : très fortement positif.
Benjoin colloïdal : 0.2222.22222.20000.0.

Pression au manomètre de Claude en position assise : 40.

Enfin une troisième ponction lombaire pratiquée après trois semaines de repos dans le traitement, montre, bien qu'il n'existe plus aucun signe mental, une persistance des troubles du liquide céphalo-rachidien.

Lymphocytes : 35,2 par millimètre cube.
Albumine : 1,83/1.000.
Globuline : +++.
Glucose : 0,75 p. 1.000.
Bordet-Wassermann : très fortement positif.
Benjoin colloïdal : 0.1222.22222.10000.0.

En présence de la reprise des phénomènes méningés traduite par la nouvelle ponction lombaire, nous avons, après une nouvelle préparation mercurielle, fait une injection d'acétylarsan le 8 juin. Dans la nuit qui a suivi l'injection et le lendemain matin, notre malade a présenté trois crises convulsives. Aussi, soupçonnant une intolérance particulière à l'arsenic, avons-nous repris depuis lors le traitement par le bismuth.

En résumé, il s'agit d'un malade traité intensivement pour crises convulsives syphilitiques, signes d'une syphilis secondaire dont l'accident primaire, apparu il y a 5 ans, n'avait pas été traité. A l'occasion de ce traitement, les crises convulsives n'ont pas réapparu, mais il s'est produit une réaction aiguë au niveau du système nerveux, qui a provoqué des troubles profonds de la mémoire de fixation avec réaction liquidienne de méningite syphi-

©BIUM

litique aiguë. Il est intéressant de noter que ces derniers symptômes ont à leur tour été améliorés par un traitement moins brutal et non arsenical, mais que d'autres accidents ont apparu à l'occasion d'une nouvelle injection arsenicale.

Il y a lieu de remarquer qu'à côté de signes neurologiques, le seul signe mental de l'affection a été une amnésie de fixation. Ce trouble permettait de se demander s'il ne s'agissait pas simplement d'une amnésie consécutive aux crises convulsives.

Nous ne le pensons pas à cause de l'assez long intervalle libre existant entre elles et l'apparition de l'amnésie.

En second lieu, cette amnésie de fixation faisait penser à un syndrome de Korsakoff, d'origine arsenicale, et permettait de discuter la pathogénie de l'affection.

Il existe en effet des syndromes de Korsakoff d'origine arsenicale, et on pouvait penser que l'amnésie de notre sujet était due à une intoxication de cet ordre, mais nous n'avions pas cru pouvoir établir le diagnostic de syndrome de Korsakoff sur une amnésie de fixation isolée sans fabulation et sans polynévrite.

Dès lors, le problème pathogénique restait entier. Deux hypothèses en effet ont été émises sur de tels accidents.

Pour Gaucher, Finger, Obermaller, ils seraient d'ordre toxique. Pour Ehrlich, au contraire, ces accidents résulteraient d'une stérilisation incomplète.

A cette dernière opinion se sont rattachés, en France, Sicard, Ravaut, Jeanselme, Terrier, etc...

On voit tout de suite les conclusions thérapeutiques opposées qui peuvent en découler.

Aussi, Gougerot a-t-il plus prudemment émis une théorie mixte. D'après cet auteur, « il faut faire intervenir les deux facteurs, toxicité de l'arsenic et infection syphilitique, mais une infection modifiée dans sa nature et confinée dans le repaire méningé ». Selon les cas, domineront les lésions toxiques et alors l'arsénothérapie aggravera les symptômes ou bien l'élément syphilis et l'arsénothérapie guérira les accidents.

La suite de l'histoire de notre malade paraît confirmer cette hypothèse puisqu'il y a quelques jours les crises convulsives ont brusquement réapparu à la suite d'une seule injection arsenicale.

Les signes présentés par lui doivent être interprétés comme dûs à la fois au processus syphilitique et à l'intoxication arsenicale.

En particulier, l'amnésie de fixation semble devoir se rattacher à celle-ci et c'est bien à un syndrome de Korsakoff que nous avions à faire.

©BIUM

Quelle conduite faut-il donc tenir en face des neuro-réactions ? A notre avis, il faut agir avec prudence, et se comporter comme en face d'un malade particulièrement sensible. Pour notre part, nous estimons qu'il est sage d'abandonner provisoirement l'arsenic, et après avoir fait quelques injections mercurielles, de pratiquer un traitement bismuthique. Mais surtout ce à quoi il faut songer, c'est à la prophylaxie de pareils accidents.

Elle est facile. Autant il est logique d'attaquer fort et vite un chancre, avec l'espoir d'arriver avant la généralisation de l'infection, autant il est inutile d'agir de même façon vis-à-vis d'une syphilis déjà généralisée. Une fois le tréponème lancé dans la circulation, il faut l'attaquer prudemment.

Il faut se rappeler que si les neuro-réactions surviennent lorsque le traitement est arrêté trop tôt ou lorsque les injections sont trop espacées les unes des autres, elles sont souvent causées par des attaques trop brutales.

Traiter une syphilis déjà ancienne, jamais traitée ou non traitée depuis longtemps par l'arsenic intra-veineux, c'est courir au-devant des accidents nerveux. En commençant dans ces cas, le traitement par des injections mercurielles qui préparent le terrain, on agira sagement et on évitera, sauf intolérance particulière, la production de neuro-réactions.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 12 Décembre 1935

Présidence : M. Th. SIMON, président

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr LEROY, *secrétaire général* de la *Société de Médecine mentale de Belgique*, remerciant, au nom de cette Société, la Société Médico-Psychologique des sentiments de douloureuse sympathie exprimés à nos collègues belges à l'occasion de la mort tragique de S.M. la Reine Astrid ;

une lettre de M. le Dr Paul SIVADON qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national ;*

des lettres de M. le Dr Jean TITECA, de Bruxelles, et de M. le Dr Paul VERVAECK, de Bruxelles, qui remercient la Société de les avoir élus *membres associés étrangers.*

©BIUM

PRÉSENTATIONS

Maladie de Wilson et troubles mentaux *(présentation du malade)*, par MM. Paul ABÉLY et Paul GUYOT.

Il nous a paru intéressant de vous présenter ce malade pour plusieurs motifs :

Tout d'abord parce qu'il est exceptionnel de rencontrer dans nos services d'Asile un tel syndrome neurologique par ailleurs assez rare.

Mais surtout en raison des troubles mentaux qu'il présente et de leur mode d'apparition ; de l'évolution anormalement prolongée de la maladie ; de l'absence de caractère familial ; enfin, de l'importance des troubles hépatiques qui semblent avoir précédé le début des symptômes neurologiques.

L. est âgé aujourd'hui de 45 ans. Ses antécédents familiaux ou personnels sont exempts de toute maladie infectieuse importante, de toute tare mentale et nerveuse.

Jusqu'en 1914, l'histoire de l'interné est sans intérêt particulier.

C'est un garçon qui exerce la profession de charpentier. Il est intelligent, un peu autodidacte, intellectuellement supérieur à son niveau social. Il est allé dans le Sud-Marocain pour y travailler. Il séjournait à Safi et présentait un peu d'infection paludéenne se manifestant par quelques rares et discrets accès fébriles, lorsqu'en février 1914, il fut atteint d'un ictère important qui motiva son hospitalisation et qui dura d'ailleurs en s'atténuant progressivement jusqu'en juin 1915.

Il se mit à maigrir progressivement, à se sentir envahi d'une sensation d'asthénie de plus en plus profonde. Quelques mois après, dans le courant de juin 1914, il souffrit d'une paralysie faciale qui guérit assez rapidement.

Revenu en France au moment de la guerre, il fut immédiatement incorporé dans un régiment et dirigé sur le front.

Il fut blessé en octobre 1914 d'un éclat d'obus à la jambe et évacué sur un Hôpital de la Courneuve. C'est dans cette formation sanitaire que l'on s'aperçut des premiers troubles neurologiques, à savoir une grande difficulté à parler, à articuler.

On l'envoya alors à la Salpêtrière où il fit plusieurs séjours. Tout d'abord suspecté de pithiatisme, l'apparition de contractures, de phénomènes de spasmodicité fit écarter ce diagnostic et à la fin de 1919 M. Babinski le fit réformer sur le motif de « Maladie de Wilson ».

©BIUM

Le syndrome neurologique s'installa peu à peu dans son état actuel. L. fit de nouveaux séjours dans les hôpitaux. Il aurait été présenté à la Société de neurologie en mai 1921, mais dans la *Revue Neurologique*, on ne retrouve pas la trace de cette présentation.

Dans tous les cas, jusqu'en 1931, sa vie se partage entre l'Hôpital et des tentatives de reprise de travail ; à certains moments, il paraît avoir été capable d'exercer son métier de charpentier.

Jusque-là, c'est-à-dire depuis 17 ans, il ne témoigne d'aucune anomalie psychique, il est calme, résigné, parfaitement sociable.

Les troubles mentaux auraient débuté brusquement par des phénomènes hallucinatoires le 18 février 1931.

C'est lui qui précise cette date, il n'a jamais varié au cours de ses interrogatoires successifs. Il entend qu'on lui dit qu'il va devenir fou, on l'injurie, on le menace. Il s'agit tout d'abord de voix confuses qu'il ne peut pas identifier. Puis il s'aperçoit qu'on lui électrise la tête et la verge. On commente ses actes ; il constate qu'on veut l'empoisonner en mettant de l'arsenic dans ses aliments car il remarque un goût très suspect. Son délire s'organise lentement. Il reconnaît la voix du Docteur M. qui l'a soigné à la Salpêtrière, c'est lui qui dirige toutes ces machinations, dans un but qu'il ne peut pas encore définir.

Il commence alors une vie errante, fuyant à travers la France, pour échapper « au téléphone et à la télépathie ».

Il revient à Paris au début de novembre 1931 et profère alors des menaces de mort à l'égard du Dr M. Ces menaces motivent son placement à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, à la date du 26 novembre 1931.

Le Docteur Heuyer rédige à son sujet le certificat suivant : « *Certificat médical* (Infirmerie Spéciale), *le 26 novembre 1931.* Syndrome d'automatisme mental et idées délirantes de persécution. Hallucinations auditives. Insomnie et commentaires des actes. Troubles cénesthésiques. Electricité sur la verge. Interprétations. On tente de l'empoisonner. Arsenic dans les aliments. Victime de son concierge, des voisins, des médecins. Désignation nominale de son principal persécuteur, le sieur M., Chef de Clinique à la Salpêtrière. Idées de grandeur, il est l'antenne de la France et du monde entier. Menaces de mort contre le Dr M. Syndrome neurologique d'hypertonie qui peut être rattaché à la maladie de Wilson. Déclanchement de syncinésies hypertoniques par la parole spontanée qui est spasmodique, entrecoupée et bégayante. Ecriture à l'envers de gauche à droite plus facile que l'écriture directe. Tremblement. Gestes de défense. Aucun signe pyramidal. Début des troubles neurologiques en 1914 par un ictère et une paralysie faciale. Début des troubles hallucinatoires en février 1931. Chronicité du syndrome neurologique et de la psychose. »

Actuellement, L. présente les symptômes habituels de la psychose hallucinatoire chronique. Les troubles sensoriels auditifs et cénes-

©BIUM

thésiques sont permanents. Il entend parler tous les hommes, toutes les femmes qu'il a connus autrefois ; c'est quelquefois le Dr M. qui lui parle ; il suppose que c'est toujours lui qui dirige les machinations.

Les idées d'influence du début ont disparu, ainsi que l'écho de la pensée. On le tourmente pour le rendre fou et essayer ainsi de mettre la main sur ses brevets d'inventions. Il a inventé, en effet, un système nouveau pour la préparation du béton armé et une modification particulière de la boussole. Extrêmement méfiant, il parle de ses inventions avec réticence et si l'on veut insister, il se met en colère, supposant qu'on veut lui voler son secret. Cette méfiance se manifeste pendant tout l'interrogatoire ; il nous demande nos papiers prouvant notre qualité de médecins, insiste pour savoir si nous n'avons aucune relation dans la Police. Elle s'étend rétrospectivement dans les événements passés. Il nous dit : « Babinski était remplacé par un charpentier. Guillain était un faux Guillain, la bande essayait déjà de me faire parler. »

Les idées de grandeur dont il témoigne se limitent à ses idées d'inventions ; après quatre ans d'internement, elles n'ont aucune tendance à s'amplifier, à s'orienter vers un thème absurde ou incohérent.

D'ailleurs, contrairement à ce que signalent les auteurs à propos de la maladie de Wilson, il n'est nullement affaibli intellectuellement. Un examen approfondi de son fonds mental montre l'absence complète de tout fléchissement, de tout élément démentiel.

Dans le service, il vit assez isolé, s'habille proprement, se met fréquemment en colère, mais ne se livre à aucune violence.

Il écrit des lettres parfaitement cohérentes où il explique son délire. Après quatre ans d'internement, ce délire paraît stabilisé, ainsi d'ailleurs que son syndrome neurologique.

Ce dernier correspond exactement aux symptômes décrits dans la maladie de Wilson.

On ne trouve aucun signe de la série pyramidale ; intégrité des réflexes tendineux et cutanés, pas de Babinski.

On note un tremblement du type kinétique se manifestant surtout dans l'écriture, une énorme dysarthrie rendant sa parole explosive et incompréhensible, de la palilalie.

Cette dysarthrie peut disparaître pendant quelques instants, puis réapparaître très vite à la faveur de la fatigue ou de l'émotion (fait cité par tous les auteurs).

On remarque la rigidité, l'hypertonie, les contractures atteignent les membres inférieurs, le tronc, le cou. Le faciès est extrêmement grimaçant, surtout au moment de l'effort de la parole.

La marche est spasmodique, en danseuse, sur la pointe des pieds. Par moment, on aperçoit des spasmes de torsion au niveau des membres inférieurs et du cou.

Nous avons étudié l'insuffisance hépatique qui va classiquement de

©BIUM

pair avec le syndrome neurologique. Il nous a paru intéressant de vous résumer ces recherches :

1° Fonction sanguine ; coagulation fortement troublée

Temps de saignement : 7 minutes au lieu de 4.

Temps de coagulation : 11 minutes au lieu de 6.

La rétractibilité du caillot est imparfaite. Le caillot très fragile se détruit rapidement et est redissous de moitié au bout de 24 heures.

2° Insuffisance très nette de la fonction protéique : le rapport urée-ammoniacal normalement de 5 à 6,5, passe à 10-11.

3° La fonction glycogénique est défaillante. Des traces de glucose apparaissent dans les urines après l'absorption de 100 gr. de sucre.

4° La recherche des sels biliaires est négative. Le foie est hypertrophié. La percussion montre une matité supérieure normale.

La limite de matité inférieure déborde de trois doigts les fausses-côtes.

A signaler que l'intéressé n'est pas alcoolique. L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien est négatif. Pour le liquide céphalo-rachidien on note :

Albumine : 0,30 ; réaction de Pandy : 0 ; réaction de Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 0,40 ; benjoin : 00000.02220.00000 ; Bordet-Wassermann négatif.

La ponction lombaire a été pratiquée en juin 1931. Il n'a pas été possible de la recommencer depuis.

Cette observation motive plusieurs remarques intéressantes :

A) Il semble que les troubles hépatiques ont précédé les troubles neurologiques.

B) Contrairement à tous les auteurs qui accordent une évolution fatale de 7 ans au grand maximum à ce syndrome, la maladie de Wilson de L. évolue depuis plus de 20 ans. Elle paraît s'être actuellement stabilisée. L'état général de l'intéressé est satisfaisant.

C) On ne rencontre pas le caractère familial signalé, il est vrai, dans 7 cas sur 12 seulement.

D) Enfin, les troubles mentaux ont apparu brusquement et cela 17 ans après le début de la maladie. Ils ne s'accompagnent d'aucun affaiblissement intellectuel. Ils apportent une nouvelle contribution à l'étude de la base organique de la psychose hallucinatoire chronique.

©BIUM

Les syndromes sensitifs chez les paralytiques malarisés,

par MM. P. Guiraud et Ch.-H. Nodet.

Nous avons observé chez certains de nos paralytiques généraux malarisés des troubles sensitifs assez fréquents dont l'aspect clinique et l'évolution nous semblent mériter d'être signalés. Nos observations concernent surtout des femmes parce que notre Service est un service de femmes, mais nous y adjoignons deux cas comparables constatés précédemment chez des hommes à Villejuif.

Observation I. — D. V., 48 ans. Entre dans le service le 3 juin 1935 pour paralysie générale à forme expansive et délirante. Elle est une grande artiste, toute la terre lui appartient, etc... Hallucinations auditives sans systématisation, agitation. L'excitation de la malade empêche un examen utile du fonds mental.

Dysarthrie, pupilles légèrement inégales avec réflexes conservés. Albumine : 0,70. Pandy et Weichbrodt : positifs. Leucocytes : 48. Bordet-Wassermann et Meinicke: positifs. Benjoin: 22222.22222.00000. Tension artérielle : 14-8.

Malarisation le 15 juin : 3 cm^3 intraveineux, début des accès le 13 juin 1935 et fin du huitième accès le 6 juillet 1935.

Quelques jours après les derniers accès, se plaint de vagues douleurs et de fourmillements dans les mains, qui disparaissent rapidement et spontanément.

Amélioration rapide physique et mentale, disparition complète des hallucinations et des idées délirantes. Plus de dysarthrie. On commence un traitement au stovarsol sodique le 20 juillet. Le 20 août, elle est en très bon état physique et mental, elle s'occupe du ménage ef demande sa sortie.

Stovarsol terminé le 6 septembre. Sortie le 18 septembre.

Revue le 13 octobre, expose que depuis sa sortie les douleurs ont réapparu. Elle a d'abord souffert de la main droite : engourdissements, fourmillements, maladresse. Amélioration spontanée de la main, mais apparition aux deux pieds des mêmes symptômes : engourdissements, fourmis, impression qu'il y a quelque chose de raide dans le pied ; diminution des douleurs quand elle est chaussée.

L'examen objectif de la sensibilité ne révèle que des troubles très légers. Sensibilité au contact, à la piqûre, à la chaleur, au froid, normale et égale des deux côtés. Conservation du sens des attitudes. Le seul symptôme à relever est un élargissement considérable des cercles de Weber aux doigts et à la main. La malade est soumise au traitement par le bismuth soluble et s'améliore progressivement.

©BIUM

Obs. II. — T. L., 54 ans. Entré le 30 avril 1935. Paralysie générale à forme délirante et expansive. Idées de grandeur énormes. Elle est reine du monde, etc... Inconscience de la maladie, dysmnésie, jugement puéril, erreurs de calcul. Grosse dysarthrie, signe d'Argyll bilatéral avec myosis.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,40. Pandy et Weichbrodt : positifs. Leucocytes : 5. Benjoin : 12220.22221.00000. Meinicke: négatif. Bordet-Wassermann : partiellement positif. Sang : positif.

Réflexes tendineux vifs. Premier bruit râpeux au foyer aortique. Tension artérielle (Pachon) : 17-9.

Malarisée le 9 mai 1935. Début des accès le 14 mai, fin des accès le 26 mai 1935.

Reçoit 13 gr. de stovarsol sodique entre le 20 juin et le 20 juillet.

Amélioration rapide physique et mentale, disparition des idées délirantes. Retour des fonctions intellectuelles. Sortie le 20 juillet.

Au milieu d'octobre, apparition de douleurs dans la main droite. N'avait jamais éprouvé de douleurs auparavant. Presque toutes les nuits est réveillée par des douleurs. Elles partaient de l'épaule droite et s'irradiaient dans le bras, l'avant-bras et les doigts, surtout au niveau du médius et de l'auriculaire. Il s'agit tantôt de fourmillements, tantôt de brûlures ; les mouvements sont gênés surtout au niveau des doigts. Souvent, la douleur s'étend aussi à la moitié droite de la face.

A l'examen objectif, conservation de la force, des mouvements, des réflexes. Au niveau de l'avant-bras et de la main, hypoesthésie au contact et à la piqûre dans la moitié interne, légère hyperesthésie dans la moitié externe. Il n'y a aucun trouble dans la discrimination du chaud et du froid, ni aucune atteinte de la sensibilité profonde, ni aucune difficulté dans la reconnaissance des objets.

La malade est mise au traitement arsénical.

Obs. III. — L. E., 51 ans. Entrée le 6 avril 1935. Paralysie générale à forme expansive et agitée. Distribution de millions. Attention impossible à fixer. Réponses au hasard, dit : « J'ai la tête bourrée, je suis comme Mirabeau. »

Dysarthrie accentuée, mâchonnement, Argyll double avec myosis, abolition du rotulien gauche et des achilléens.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,60. Pandy et Weichbrodt: positifs. Leucocytes : 37. Benjoin : 22222.22222.10000. Bordet-Wassermann et Meinicke : positifs. Sang : positif.

Premier bruit aortique soufflé :

Cinq injections de quinby soluble du 11 au 30 avril.

Malarisée le 30 avril, premier accès le 5 mai, dernier accès le 17 mai.

Amélioration rapide : 20 gr. de stovarsol sodique du 20 juin au 31 juillet. Sort le 8 août 1935 en bon état.

Revient le 3 septembre : excellent état physique et mental. Reçoit

©BIUM

deux injections de quinby soluble (9 septembre). Le 14 septembre ne peut revenir. Son mari signale : « Ma femme ressent des brûlures « dans la main droite, ceci est particulier, cette souffrance ne se « produit que la nuit lorsqu'elle est couchée. » Le 23 octobre, les douleurs persistent : « Le docteur ne comprend pas la persistance « la nuit de l'engourdissement, des brûlures surtout, cela devient « intolérable. » Ces douleurs très vives, exclusivement nocturnes, s'irradient à l'avant-bras, gênent les mouvements et sont un peu calmées par des bains locaux chauds. Nous conseillons des injections d'arsénomyl et, le 14 novembre, le mari écrit à nouveau : « La « douleur de la main droite était bien une névrite. Le docteur l'a « supprimée par les piqûres d'arsénomyl, ma femme peut dormir et « les brûlures ont disparu. »

Obs. IV. — C. L., 47 ans. Entré le 12 janvier 1935. Affaiblissement mental global, dysmnésie, désorientation, inconscience de son état, troubles du caractère. Turbulence, Dysarthrie. Pupilles déformées, affaiblissement des réflexes photo-moteurs. Rotuliens vifs. Achilléens abolis.

Ponction lombaire : albumine : 1 gr. 50. Leucocyte : 1. Pandy et Weichbrodt : positifs. Benjoin : 22222.22222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke : positifs. Sang : Bordet-Wassermann et Meinicke et Kahn : positifs. Tension artérielle : 13-8.

Malarisée le 24 janvier. Début des accès le 1er février. Fin du dernier accès le 16 février.

Amélioration assez lente. Le 21 mars, petit ictus apoplectique avec Babinski bilatéral transitoire.

Sort le 16 mai 1935 très améliorée au point de vue physique et mental.

Revue à plusieurs reprises après sa sortie. Un peu déprimée au début, assez triste. Cet état dépressif est assez fréquent, mais transitoire chez nos malades malarisés. Impression de syncope imminente à plusieurs reprises pendant la nuit.

Traitée du 7 mars 1935 au 21 novembre 1935 par 52 gr. de stovarsol.

Amélioration progressive de l'état dépressif. Travaille bien à la maison. Fait le ménage de sa fille et de son gendre. En juillet 1935 se plaint d'impressions étranges à la face. « On dirait que ma lèvre supérieure se rétrécit, il me semble que c'est mort, que c'est engourdi. » D'autres fois : « On dirait que j'ai une bête dans les os du nez, cela s'étend à la lèvre et à toute la bouche, ce n'est ni une sensation de piqûre, ni de brûlure, cela me paraît paralysé, très dur, on dirait que c'est serré, serré, c'est plus douloureux quand je m'expose à l'air. »

A ce niveau, l'examen objectif de la sensibilité ne montre aucune anomalie, dans tout le reste du corps aucun trouble de la sensibilité objective.

©BIUM

Obs. V. — Benoît A., 59 ans. Entré le 19 septembre 1932. Paralysie générale à forme démentielle. Amnésie, bradypsychie, obtusion. Conscience de l'affaiblissement mental. Docilité excessive. Perte de l'initiative. Dysarthrie légère. Pupilles inégales et déformées.

Ponction lombaire : albumine : 0,70. Leucocytes : 320 (?). Benjoin : 22222.22222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke : positifs. Sang : positif.

Malarisé le 30 septembre. Huit accès terminés le 21 octobre. 11 gr. de stovarsol entre novembre et décembre, puis 6 injections de quinby. Sort le 2 février 1933. Revient au début de mars ; bon état physique, calme, initiative déficiente. Se plaint de sentir de mauvaises odeurs, déclare à sa femme à tout moment : « Ça pue, ça pue... ».

Série de 12 quinby en mars-avril. Revu en mai : légère amélioration, mais persistance des sensations olfactives subjectives. Nouvelle série de quinby. Même état en août-septembre. Douze injections de cyanure de mercure. Malade perdu de vue.

Obs. VI. — L. A., 47 ans. Entré le 1er avril 1933. Paralysie générale à forme démentielle. Atteinte du jugement et de l'activité. Conscience incomplète de sa situation. Persistance relative des processus intellectuels élémentaires : mémoire, attention, calcul mental. Indifférence, optimisme. Début par une phase dépressive avec idées de suicide.

Dysarthrie accentuée, réflexes tendineux vifs. Pupilles ne réagissent presque plus à la lumière. Réaction positive dans le sang. Ponction lombaire : albumine : 1 gr. 10. Pandy et Weichbrodt : positifs. Leucocytes : 75. Benjoin : 22222.22200.00000. Bordet-Wassermann, Meinicke : positifs.

Malarisé le 8 avril, 8 accès terminés le 27 avril. Reçoit de mai à juillet : 12 quinby. Sort le 8 juillet en bonne rémission. Reçoit 20 gr. de stovarsol en août et septembre.

Revu au début d'octobre, bonne rémission. Se plaint d'entendre constamment des sifflements dans les oreilles et même quelquefois des airs musicaux interminables. En est simplement gêné.

Revu fin décembre 1935, excellent état physique et mental, persistance d'une légère dysarthrie, les bruits dans les oreilles ont beaucoup diminué. Le malade n'a pas été revu.

Obs. VII. — C. R., 50 ans. Entrée le 7 août 1934. Paralysie générale à forme démentielle : profond affaiblissement de la mémoire et du jugement, inconscience de la situation, improductivité psychique. Pas d'idée délirante. Dysarthrie, pupilles en myosis avec abolition du réflexe photo-moteur. Tremblement de la langue, réflexes tendineux vifs.

Ponction lombaire : albumine : 0,80. Leucocytes : 19. Pandy et Weichbrodt : positifs. Bordet-Wassermann : positif. Benjoin : 22222. 22222.22100. Sang : Bordet-Wassermann positif. Tension artérielle : 12-8.

©BIUM

Malarisée le 18 septembre 1934. Début des accès le 24 septembre. Fin le 5 octobre 1934.

Au moment des derniers accès, douleurs violentes dans les membres inférieurs ne durant que quelques heures. Sa famille avait signalé qu'avant son entrée elle se plaignait de picotements aux mains et aux pieds.

Amélioration assez lente. Reçoit 1 gr. de stovarsol et neuf injections de quinby soluble du 18 octobre au 22 novembre. Récupération de la mémoire. Donne des renseignements très précis sur sa vie antérieure. S'occupe dans le service. Reprise par son fils en bonne rémission. Examinée au moment de sa sortie, elle déclare qu'elle va très bien, sauf « des sortes de bouillonnements surtout dans la main « droite et aussi dans la figure ». Elle a ensuite l'impression de quelque chose de froid qui coule sur son visage et sur son côté droit, c'est plus marqué la nuit. « Ça m'empêche de dormir. » Pas de trouble appréciable de la sensibilité objective.

Sortie le 3 janvier 1935. Du 3 au 10 janvier 1935, reçoit 3 gr. de stovarsol sodique, et du 15 au 26 janvier 4 injections d'arsénomyl. Le 31 janvier se plaint beaucoup de son bras droit, les douleurs ont augmenté, souffre aussi de la jambe et du pied droit, œdème rouge à la jambe et au pied. Troubles vasomoteurs au bras et à la nuque.

A partir du 23 février : stovarsol à 0,50.

Elle est replacée de nouveau le 25 mars, à cause de l'apparition d'idées de persécution et d'hallucinations. A son entrée, elle expose :

« Je n'étais pas mal quand je suis sortie, mais c'est ce vent qui « m'a abîmée. C'était un souffle qui sortait de ma tête, à gauche et « aussi de derrière la tête, j'en étais très fatiguée, puis est venu le « poste il y a un mois. C'est un poste émetteur de T.S.F., il y a des « gens qui chantent là-dedans, ils disent des choses honteuses, des « insultes du matin au soir. Des fois cependant ils me font des com- « pliments, ils disent que je suis une femme hors ligne, et propre..., « et tout... Ils répètent tout ce que je fais, je n'ai qu'à penser à une « chose, c'est répété. Quand l'un est fatigué, l'autre reprend la « conversation : une petite femme, veuve de guerre, me dit des cho- « ses gentilles et me défend. Les douleurs continuent de temps en « temps, c'est comme si j'étais électrisée toute la nuit. »

Le délire s'étend rapidement et prend un aspect complexe avec idées de persécution, de grandeur, d'hypocondrie. Mme C. déclare avoir dans la paume droite et dans les intestins des centaines d' « avons ». Ce sont des sortes de germes d'enfants, ils n'ont pas de forme, on ne peut dire si ce sont des garçons ou des filles. L'intensité des hallucinations auditives devient extrême, à tel point que le monde extérieur est non méconnu, mais négligé. Mme C. converse jour et nuit avec un nommé P. caché au 6e étage. Les douleurs persistent toujours, ce sont des courants électriques dans les bras et dans les jambes, des brûlures, du vent qui sort du bout des doigts et surtout des douleurs derrière la tête.

©BIUM

L'état général est défectueux, la malade s'alimente mal et maigrit. Une première série de 12 injections de quinby est bien supportée (juillet et août). A la cinquième d'une seconde série, stomatite (18 octobre). Série d'arsénomyl (3 gr. 50) jusqu'au 20 novembre.

Amélioration sensible physique et mentale. Le délire persiste, mais les hallucinations auditives diminuent, la malade s'ntéresse à ce qui se passe autour d'elle et travaille. Persistance des sensations douloureuses, surtout au niveau de la nuque ; parfois, la malade pousse de véritables cris de douleur et après quelques heures ne se plaint plus.

Nous rapportons cette observation avec quelques détails à cause de l'intrication d'un syndrome sensitif initial et d'un délire hallucinatoire de persécution (délire secondaire authentique chez une paralytique générale malarisée). La particularité à souligner est que les douleurs ont été éprouvées au début comme des douleurs banales ; dans un second stade prédélirant, elles ont pris un caractère d'étrangeté spéciale (souffles, vents, sortant des doigts et de la tête, sensation de brûlures et d'eau qui coule sur les membres). La malade nous expose ces phénomènes avec une sorte d'inquiétude insistante et passionnée. Enfin, est venue l'explosion délirante par des hallucinations auditives, les unes pénibles, les autres réconfortantes. Dès cet instant, la xénopathie apparaît, les voix, comme il est naturel, sont attribuées à des persécuteurs désignés nominalement, mais les douleurs sont attribuées aussi à l'action des mêmes personnages, tout en conservant les mêmes caractères subjectifs qu'auparavant.

Cette observation apporte une contribution clinique intéressante aux théories sur les délires chroniques, mais nous ne pouvons pas insister dans cet article sur ce sujet théorique.

De ces sept observations, nous pouvons dégager le syndrome suivant : chez les paralytiques généraux malarisés, de un à six mois après le traitement, apparaissent parfois des syndromes sensitifs, à exacerbations souvent nocturnes, caractérisés par des fourmillements et des sensations de brûlure, siégeant habituellement aux membres supérieurs droits avec parfois de légers troubles de la sensibilité objective à disposition radiculaire ; l'irradiation ou la localisation primitive à la face est fréquente, de même que des troubles vaso-moteurs importants. Les nerfs olfactif et auditif peuvent être également atteints.

D'ordinaire, ce syndrome n'est ni grave ni prolongé ; il cède facilement au traitement par le bismuth et surtout par les arsénicaux trivalents.

Nous croyons qu'il s'agit d'une manifestation syphilitique comparable aux manifestation syphilitiques tertiaires signalées par de nombreux auteurs après la malariathérapie. Nous en avons déjà publié cinq observations et observé bien davantage.

©BIUM

D'autres hypothèses étiologiques doivent être d'abord éliminées :

1° Il ne s'agit pas de névralgies palustres. On sait que Leroy et Médakovitch ont voulu faire jouer un rôle direct au paludisme dans l'éclosion des délires secondaires. Cette hypothèse n'a pas été acceptée, puisque les délires secondaires apparaissent chez des sujets ayant reçu une dose suffisante de quinine et dont le paludisme est définitivement éteint. Assez souvent on observe au cours des accès des douleurs névralgiques dans les membres inférieurs, mais elles disparaissent dès les premières doses de quinine. Pour celles-ci, l'origine palustre directe est possible, mais pour les syndromes sensitifs d'apparition tardive, chez des malades ne présentant ni hématozoaires dans le sang, ni aucun symptôme de malaria, elle n'est pas à retenir.

2° L'hypothèse d'une névrite arsénicale est également à envisager, la plupart de nos malades en effet ayant été traités par le Stovarsol. Le Stovarsol sodique provoque bien dans certaines conditions des névrites optiques, mais non des névrites aux extrémités. Notre collègue, le docteur Marchand, qui soigne ses paralytiques généraux exclusivement par le Stovarsol, nous déclare n'avoir jamais observé de syndrome sensitif comparable à celui que nous décrivons.

Nous sommes donc convaincus qu'il s'agit bien d'atteinte nerveuse de nature spécifique. Les guérisons rapides de ces symptômes obtenues par les arsénicaux trivalents et le bismuth nous semblent un argument décisif.

Parmi ces syndromes sensitifs, nous en avons déjà signalé qui constituent de véritables réactions d'Erxheimer (1). Ils surviennent au moment même des accidents paludéens : reviviscence de douleurs fulgurantes ou de sciatiques tabétiques. Ceux que nous décrivons aujourd'hui nous paraissent devoir être rapprochés des neuro-récidives consécutives au traitement par le novarsénobenzol. Elles sont tardives, atteignent surtout des points où le spirochète peut résister davantage au traitement. Si parfois on observe après la malariathérapie de ces neuro-récidives particulièrement graves, telles que myélites diffuses (1) ou ictus apoplectique, les syndromes sensitifs que nous décrivons ont une allure beaucoup plus bénigne. On sait que certains auteurs, en particulier Gougerot, ont soutenu avec de bonnes raisons que dans les neuro-récidives classiques il fallait faire la part de deux facteurs associés : réveil de la syphilis et intoxication par

(1) GUIRAUD et AJURIAGUERRA. — Considérations critiques sur l'action de la malaria. *Paris médical*, 22 sept. 1934.

©BIUM

l'arsenic. C'est cette pathogénie mixte qui fait la gravité de la neuro-récidive postarsénobenzolique, et la difficulté de son traitement. Après la malaria, au contraire, les arsénicaux peuvent être employés sans inconvénient, et d'ordinaire avec succès.

Il est superflu d'insister sur les analogies entre ces syndromes sensitifs et les manifestations syphilitiques tertiaires consécutives à la malaria (gommes, artérites).

Reste la question de la localisation de ces syndromes. Beaucoup sont vraisemblablement des névrites périphériques, mais parfois l'atteinte semble plus élevée. Nous avons observé des troubles de la sensibilité objective à distribution radialaire une seule fois (obs. 2) et plus souvent des douleurs simultanées du membre supérieur et de la face du même côté (obs. 2 et 7). La possibilité d'une localisation centrale (pariétale ascendante ou Thalamus) doit être retenue.

D'autre part, la qualité de la douleur appelle également quelques remarques. Nous n'avons jamais constaté de douleurs franches vraiment névralgiques, mais exclusivement des fourmillements, des brûlures, des sensations de vent, des impressions de ratatinement, de dureté de certaines parties de la face ; caractères qui font penser plutôt à des douleurs du type végétatif. Les sympathalgies s'opposent au moins schématiquement avec assez de contraste aux névralgies proprement dites. La distinction est classique pour la névralgie faciale. Comme le rappelaient récemment Alajouanine et Thurel (1), ces douleurs sont durables, multiples et variées, elles sont difficiles à qualifier, elles sont rarement limitées à un territoire nerveux précis, et, même peu intenses, elles s'accompagnent habituellement de manifestations vasomotrices.

Les algies végétatives provoquent facilement un état mental particulier d'inquiétude et même d'anxiété. Cette constatation est d'autant plus à souligner que dans un cas le syndrome algique semble avoir été l'origine d'un délire hallucinatoire de persécution.

Il ne faudrait pas croire que la fréquence relative des manifestations spécifiques tertiaires ou des syndromes sensitifs sont à inscrire au passif de la malariathérapie. Au contraire, ces incidents sont la démonstration de la grande efficacité de ce traitement qui reproduit ce qui se passe dans la thérapeutique par l'arsénobenzol et précisément dans les affections syphilitiques où ce dernier seul est sans grande efficacité.

(1) Alajouanine et Thurel. — La névralgie faciale. *Rev. Neur.*, II, 1933, p. 640.

©BIUM

M. MARCHAND. — La dernière malade est une délirante, et par conséquent les troubles subjectifs dont elle se plaint ne semblent pas comparables à ceux des autres malades dont les auteurs ont rapporté l'observation, qui eux ne déliraient pas.

M. GUIRAUD. — Cette femme a commencé par se plaindre de douleurs à caractères sympathalgiques, comme les autres, à la suite de la malariathérapie. Il y a un an, elle ne se distinguait pas des autres. Mais peu à peu un délire de persécution s'est constitué, délire qui a utilisé, pour ainsi dire ces douleurs. Cet exemple est à retenir pour une étude sur la genèse des délires, et le rôle des sympathalgies organiques dans cette genèse.

Un cas de délire à quatre,

par M. J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT (Service du Dr Marchand).

La famille que nous présentons est composée du mari, de sa femme, de deux sœurs du mari et présente un délire collectif à base d'interprétation. Seul le mari est interné.

M. H., Jacques, âgé de 48 ans, est entré dans le service le 16 août 1935.

Son père, à l'âge de 65 ans, aurait présenté des troubles mentaux qui n'ont pas toutefois nécessité l'internement. Son frère aîné, avec lequel il n'est plus en relations depuis de longues années, est considéré comme un paranoïaque dans l'administration où il est employé.

Rien de notable dans ses antécédents personnels. Il a été a l'école jusqu'à l'âge de 12 ans mais n'a pas obtenu son certificat d'études primaires.

Il a fait toute la guerre dans l'artillerie. Entre ensuite à la Compagnie des Chemins de fer de l'Est comme lampiste, puis comme homme d'équipe.

Il n'a jamais eu de discussion ni chez lui ni dans son service jusqu'en 1930.

Le début apparent des troubles remonte à 1931.

A cette époque le ménage H. recueille un ami, M. D., qui vient prendre régulièrement chez eux ses repas. Au bout de quelques semaines H. et sa femme remarquent chez D. des attitudes bizarres, des propos à double sens.

Il pense que D. est jaloux de son ménage.

Ce dernier lui ayant dit un jour « qu'il lui montrerait comment on déménage » H... voit dans ces paroles une menace. D. a l'intention de lui enlever sa femme lorsqu'elle se trouvera seule.

Il le chasse de chez lui, mais D., qui n'a pas quitté le quartier, rencontre Mme H. dans la rue, la bouscule, une autre fois la prévient qu'un de ses amis est « prêt à l'étaler ».

©BIUM

H. porte plainte au commissariat.

Sur ces entrefaites, de nouveaux concierges arrivent dans la maison. H. et sa femme les considèrent bientôt comme des complices de D. ; le concierge organise un simulacre d'incendie le soir. C'est pour le faire sortir de chez lui et sans doute le faire abattre.

Des individus restent en permanence devant la porte de leur maison. On insulte sa femme dans la rue. Une voisine de palier reçoit chez elle des individus suspects qui frappent à sa porte et l'interpellent. Tous ces personnages sont des complices payés par D. qui cherche à se venger de lui.

Bientôt H. remarque que dans son travail des individus le poursuivent. On le guette sur le trottoir de la gare de l'Est.

4 ou 5 individus l'observent en permanence et se font entre eux des clignements d'yeux.

Il a des altercations dans son travail avec ses chefs.

En février 1934 il est l'objet d'une expertise à la Clinique du Professeur Claude où l'on note la participation de la femme au délire. Il est réformé.

Il quitte Paris ; le jour de son déménagement il entend sa concierge dire à une voisine : « Nous n'avons rien à nous reprocher, on a fait ce qu'on a pu ».

Dans la banlieue où il a fait construire une maison, le couple remarque au bout d'un mois des individus suspects qui viennent l'espionner, sonnent chez eux pour aller ensuite s'entretenir avec des voisins. Ces personnages qui rôdent autour de chez eux revêtent des déguisements variés, allant jusqu'à s'habiller en ecclésiastiques.

Ils agissent d'accord avec ses voisins, M., L., Be., Bi., pour le compte de D. On cherche sûrement à le suppprimer comme à Paris.

H. ne sort plus de chez lui sans être accompagné, soit par sa femme, soit par l'une de ses sœurs.

D. a des altercations fréquentes avec son voisin M., et porte plainte une première fois contre lui en juin 1934 (mais n'obtient pas l'assistance judiciaire) et une deuxième fois en 1935 auprès du commissaire de Noisy.

Le couple est convaincu que le commissaire est d'accord avec leurs voisins et avec D. qui doit être soutenu « par un coup de presse et de journalisme ».

Le 15 août dernier, H... a une grave altercation avec ses voisins réunis au nombre d'une quinzaine devant sa maison, il se dirige vers le commissariat mais lorsque des agents lui demandent des explications il les insulte et tient des propos incohérents. Conduit à l'Infirmerie, il est interné le jour même à Sainte-Anne.

Dans le service, H. est très calme et s'occupe, mais lorsqu'on l'interroge, il s'anime, son ton devient volontiers passionnel ; il ne rectifie en aucune façon ses idées délirantes. Malgré l'isolement il reste convaincu qu'un complot reste organisé contre lui. D'ailleurs,

©BIUM

ses lettres doivent être souvent interceptées et il doit chaque fois changer de correspondant.

Il réclame avec insistance sa sortie et se propose de poursuivre D. et M. devant le tribunal correctionnel lorsqu'il aura quitté l'asile.

Mme H., 48 ans, femme de notre malade, est illettrée, car faisant partie d'une famille de 19 enfants, elle n'a jamais été à l'école.

Au début de 1931, elle a remarqué que leur hôte D. changeait d'attitude à son égard, la regardait avec insistance et d'une façon provocante. Elle prévient aussitôt son mari, qui, après une explication avec D., le met à la porte.

Quelques jours après, elle le rencontre dans la rue et s'entend menacer par D. qui, croit-elle, aurait voulu l'entraîner avec lui.

A Paris elle a remarqué qu'on la suivait ; elle croit que D. en veut surtout à son mari.

A V. elle a eu des discussions fréquentes avec ses voisins.

Depuis l'internement de son mari, elle remarque toujours des faits anormaux autour de chez elle. Son voisin M. lui « jette des regards bizarres ». A l'heure du courrier les voisins se réunissent chez Mme L. « pour connaître les nouvelles du jour » et comploter contre elle. Elle pense qu'on veut l'empoisonner ainsi que son chien car elle a trouvé dans son jardin des fruits et des morceaux de pain qui ont dû être jetés là par des voisins.

Mme H. s'exprime avec une certaine volubilité, elle persiste à croire que son mari a échappé à un grave danger.

Mme Veuve R., 50 ans, sœur aînée du malade.

Savait depuis 2 ans que son frère était poursuivi. Depuis un an elle adhère au délire. C'est elle qui à V. remarque un individu faisant les cent pas devant chez elle. Elle fait aussitôt prévenir son frère pour qu'il évite de rencontrer ce personnage suspect.

Depuis cet incident, elle accompagne souvent son frère dans ses sorties.

Sur leur passage, elle remarque « des individus endimanchés, genre apaches, reconnaissables à leur démarche » qui les regardent avec insistance. Elle est persuadée de l'existence d'un complot.

Mme H., sœur cadette du malade, 36 ans, très débile. Quand elle va voir son frère, est insultée par les voisins.

Elle a observé « des allées et venues suspectes ». On la regarde d'une façon méchante.

Elle croit que son frère est victime d'une vengeance et qu'on a cherché à le faire disparaître.

En résumé, il s'agit de deux groupes de malades : l'un constitué par le couple délirant : mari et femme, l'autre comprenant les deux sœurs de H.

Chacun des conjoints est atteint d'un délire de persécution sys-

©BIUM

tématisé à base d'interprétations classiques, comprenant le même thème. Le fait a paru intéressant à signaler car la plupart des observations de délire à deux ou à plusieurs font ressortir la présence d'un sujet actif, fréquemment une femme (Dumas), imposant son délire à ceux plus faibles (qu'ils soient débiles ou déments) qui l'entourent. En outre, ce sujet actif est le plus souvent un halluciné.

Dans les cas rapportés ici, il n'y a aucun élément hallucinatoire. La psychose s'est constituée en même temps chez l'homme et chez la femme, tous deux prédisposés. Contrairement à ce qui a été observé dans un ménage analogue (1), l'adhésion a été ici, absolue, totale et d'emblée. Le délire s'est constitué peu à peu, chacun apportant chaque jour à la psychose de nouveaux éléments admis aussitôt sans discussion ni contrôle par le conjoint. Nous ferons remarquer que si la femme n'a pas agi sur l'homme, elle a veillé sur son mari (l'accompagnant partout), celui-ci paraissant être plus spécialement visé par les persécuteurs.

Notons enfin que depuis leur séparation, le mari et la femme continuent à délirer. La résistance à l'isolement et la persistance des éléments pathologiques permettent d'écarter un mécanisme d'ordre imaginatif ainsi que le rôle de la contagion mentale. Quant aux deux sœurs, débiles et suggestibles, mais n'habitant pas sous le même toit que le couple délirant, elles participent au délire depuis un an, y apportant même quelques additions importantes. Elles seraient facilement réductibles.

M. Georges Dumas. — Il semble bien que le rôle actif dans l'éclosion de ce délire collectif revienne à l'épouse, bien qu'elle soit encore en liberté, alors que le mari a été interné à cause de la plus grande violence de ses réactions, malgré l'apparition secondaire de son délire. D'ailleurs, ce n'est pas lui qui dirige le ménage, puisqu'il résulte de son récit qu'il est toujours accompagné de sa femme ou de sa sœur quand il fait une démarche.

Il en est souvent ainsi : la femme commence à délirer, le mari suggestible la suit et se fait interner parce qu'il paraît plus dangereux. Ce fut le cas d'un malade qui fut interné plusieurs fois, il y a 40 ans, à la Clinique de Ball. Celui-ci convoquait sa femme le jour où il le présentait à ses élèves. Elle ne manquait pas d'accourir et, sous prétexte d'expliquer les circonstances de l'internement, exhibait inconsciemment son propre délire. Le séjour à l'asile guérissait le mari qui, lorsqu'on lui rendait la liberté,

(1) Lwoff et Condomine. — Un cas de délire à deux. *S.C.M.M.*, 20 décembre 1909.

©BIUM

s'écriait : « Allons je rentre à la maison, mais je vais rattraper la sale maladie de ma femme. » Et, effectivement, au bout de quelques mois, il se laissait suggérer à nouveau les mêmes idées délirantes, qui, provoquant les mêmes réactions, le ramenaient à l'asile.

M. COURBON. — J'insisterai sur le caractère hilarant de la mimique, des locutions et de la conduite du trio que les auteurs ont présenté. Et je ferai remarquer que tout spectateur souhaite la prolongation du spectacle qui le fait rire. Le ridicule provoque les taquineries de l'entourage qui à leur tour peuvent provoquer l'affolement du taquiné. J'en ai rapporté des exemples (Le ridicule et la folie, *Revue de psychiatrie,* mai 1914).

Balzac a décrit les effets néfastes sur l'état mental de la population d'Issoudun, produits par les mystifications auxquelles les demi-soldes, baptisés chevaliers de la désœuvrance, se livraient pour occuper leur oisiveté. Par les temps de chômage que nous traversons, le voisinage d'une famille ridicule est un objet de distraction. Et dans la genèse de ce délire collectif, ou plus exactement dans le déclenchement et l'entretien de l'activité délirante de certains de ces codélirants, il semble bien que les taquineries de mauvais plaisants aient joué un rôle important.

Deux cas de syndrome de Parkinson encéphalitique datant de 14 ans. — Disparition des cellules du locus niger, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Les examens anatomo-pathologiques des formes parkinsoniennes très prolongées de l'encéphalite léthargique ne sont pas nombreux. Avec Pichard (1), l'un de nous a déjà rapporté ici-même l'examen d'un cas dont le début du parkinsonisme remontait à dix ans et était apparu très précocement après l'épisode initial. Dans les deux cas suivants, l'encéphalite s'est traduite d'emblée par un syndrome akinéto-hypertonique qui a été en s'aggravant progressivement pour se terminer par la mort quatorze ans après le début de l'affection.

OBSERVATION I. — Mlle B., Germaine, âgée de 28 ans, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle le 18 mai 1934. Elle est suivie depuis quatre ans à la consultation du dispensaire.

(1) L. MARCHAND et H. PICHARD. — Syndrome de Parkinson post-encéphalitique. Destruction du locus niger. *Soc. Méd.-Psych.*, 14 décembre 1933.

©BIUM

Les antécédents héréditaires n'apprennent rien d'important.

Son développement intellectuel fut normal jusqu'à l'atteinte d'encéphalite épidémique survenue à 15 ans, en 1920.

L'affection a revêtu d'emblée une marche subaiguë et a été caractérisée par de la somnolence, de la diplopie, des troubles du caractère, de l'asthénie, de la rigidité musculaire. Soignée d'abord dans sa famille, B... fut bientôt admise à l'hôpital où elle suivit de nombreux traitements.

En 1929, les troubles du caractère s'accentuent et on ne peut la garder à l'hôpital. Elle est internée à l'asile Sainte-Anne avec le certificat suivant : « Troubles psychiques caractérisés par des modifica- « tions du caractère consécutives à une encéphalite avec tendance à « des crises coléreuses, bizarrerie du caractère. Cette malade s'est « sauvée deux fois de l'hôpital. » De Sainte-Anne, Mlle B. est transférée à l'asile de Maison-Blanche où elle reste trois mois. Le poids du corps est alors de 80 kilos. Elle revient ensuite chez ses parents et suit régulièrement la consultation de l'hôpital Henri-Rousselle.

A cette époque, le syndrome parkinsonien est très accusé ; la somnolence est persistante. La malade suit sans interruption les années suivantes divers traitements (génoscopolamine, salicylate de soude intraveineux, urotropine, septicémine, datura, belladénal). Aucune amélioration du syndrome parkinsonien. Les troubles du caractère s'accentuent.

En mai 1934, crises d'agitation violente. La malade crie jour et nuit pendant des heures. Elle se sauve la nuit de chez ses parents ; elle fait des chutes dans l'escalier. Elle manifeste des idées de suicide. Depuis plusieurs mois, crises toniques sans perte de connaissance et crises oculogyres.

Elle entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 18 mai où on constate l'état suivant : Syndrome akinéto-hypertonique surtout accusé du côté droit ; les bras sont tenus en extension et contracturés ; ils sont le siège d'un gros tremblement. Les doigts sont animés de secousses. Signe de la roue dentée.

Les membres inférieurs sont également contracturés. La marche est difficile. La malade marche le tronc plicaturé et la tête en extension. Elle tombe facilement et ne peut se relever seule.

Faciès figé. Les yeux sont fixes.

La parole est lente, monotone. Palilalie.

Les réflexes sont vifs. Pas de signe de Babinski, pas de clonus.

Les pupilles sont en myosis à contours irréguliers, ne réagissant pas à la lumière. Pas de modifications ophtalmologiques du fond d'œil.

L'auscultation du cœur et des poumons ne décèle rien de particulier.

Dans le service, la malade se montre très désagréable, très exigeante. Elle se lamente sans cesse et pousse des cris. Traitement par saprolysat intraveineux et génoscopolamine.

©BIUM

Elle a toujours faim et soif ; elle réclame à chaque instant des aliments ou de la tisane.

Elle n'est pas gâteuse.

Accès de sueur profuse, localisée surtout sur le visage et la poitrine.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang. Urée : 0,80.

Ponction lombaire : albumine : 0,20. Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0. Leuco. : 1,2. Benjoin : 00000.00000.00000. Bordet-Wassermann négatif.

L'examen des urines décèle une légère albuminurie (0,033), sans glycosurie.

Les jours suivants, état grabataire. La malade reste couchée, le corps et les membres en extension, les yeux fixes, le visage immobile. Il est impossible de la faire asseoir. Crises oculogyres avec yeux convulsés en haut sans déviation de la tête ; durée : plusieurs minutes. Parésie intestinale que l'on arrive à vaincre difficilement par les lavements glycérinés.

Les crises de sueurs sans élévation de température deviennent de plus en plus fréquentes.

Cachexie. Poids : 30 kgr.

Le 12 juin, apparition d'une eschare sacrée. La température oscille les jours suivants autour de 38°. La malade meurt le 18 juin 1934.

AUTOPSIE. — L'autopsie, en raison de l'opposition de la famille, n'a porté que sur l'encéphale.

Examen macroscopique. — Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale de la boîte cranienne. Adhérences des lobes frontaux entre eux à leurs faces internes. Pas d'autres lésions. Pas d'athérome.

L'hémisphère droit pèse 590 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe 170 gr.

Sur les coupes des pédoncules, on ne note aucune trace noirâtre au niveau du locus niger.

Examen microscopique. — *Cortex :* Adhérences diffuses de la pie-mère au cortex. Infiltration légère par places de la pie-mère. Au niveau des lobes frontaux, encéphalite vasculaire sous-corticale et dilatation des espaces périvasculaires. Cette lésion est moins prononcée au niveau des autres régions corticales. Noyaux situés excentriquement dans de nombreuses cellules pyramidales.

Noyaux caudés et putamens : Infiltration discrète de quelques vaisseaux. Le nombre de cellules ne paraît pas diminué.

Couches optiques : Peu de lésions. Dans la région des parois du 3e ventricule, vaisseaux à parois épaissies et légèrement infiltrées.

Cervelet : Rien de particulier dans l'écorce. Les cellules des noyaux dentelés paraissent moins nombreuses que normalement. Elles sont pigmentées et dépourvues de granulations chromophiles.

Pédoncules cérébraux : Dans la pie-mère péri-pédonculaire, on note la présence de cellules embryonnaires disposées en groupes.

La plupart des vaisseaux situés dans la région du locus niger,

©BIUM

artérioles et veinules, sont atteints de périvascularite et ont leurs parois épaissies. Les cellules du locus niger sont réduites à quelques éléments très atrophiés, cinq à six par coupes ; elles ont pris une forme arrondie, sont sans prolongements et certaines sans noyau ; elles ne sont reconnaissables qu'aux grains de pigment noir qu'elles contiennent encore. Aucune figure de neurophagie. Dans toute la région du locus niger, il existe une traînée de granulations qui prennent une coloration verdâtre au Nissl et ocre au Van Gieson, reliquat du pigment noir des cellules disparues. Les vaisseaux des noyaux rouges sont peu touchés.

Bulbe : De nombreux vaisseaux sont atteints de périvascularite.

Hypophyse : normale.

Obs. II. — H..., âgé de 47 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle le 18 décembre 1933.

Il vient de l'hôpital de Gonesse où il est hospitalisé depuis 8 ans. Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

En 1919, à l'âge de 33 ans, il a été atteint d'encéphalite épidémique qui s'est d'abord manifestée par des troubles du caractère avec crises de colère dirigées contre son entourage, principalement contre sa sœur avec laquelle il vivait depuis son veuvage. Aucune phase aiguë mais développement progressif du syndrome parkinsonien.

H... fut d'abord contraint de cesser tout travail car ses membres devenaient raides et étaient animés de tremblement surtout à l'occasion des mouvements. Accès diurnes de somnolence. Pas de troubles visuels.

Depuis plusieurs années état grabataire avec impossibilité de se mouvoir. Rigidité généralisée. Bradypsychie. Depuis un an, H... ne parle plus et se fait comprendre par les yeux et par quelques mouvements des mains.

A son entrée, H... a le corps complètement rigide, les membres supérieurs sont légèrement fléchis et accolés au corps, les doigts sont déformés, fléchis ; leur peau est lisse, les membres inférieurs sont tenus en demi-flexion. On ne peut faire asseoir le malade. La station debout est impossible. Facies figé et larmoyant. Regard fixe. Tremblement des muscles faciaux. Signe de la roue dentée aux membres supérieurs. Les mouvements volontaires de flexion et d'extension des membres sont très limités et saccadés. Couché, le malade ne fait aucun mouvement. Il grimace comme s'il allait pleurer dès qu'on l'examine.

La parole est impossible malgré les efforts faits par le malade qui paraît comprendre ce qu'on lui dit. Il exécute difficilement certains ordres simples : ouvrir la bouche, fermer les yeux.

Les réflexes tendineux sont conservés aux membres supérieurs et inférieurs.

Les pupilles sont égales et réagissent lentement à la lumière. La

©BIUM

température est de 37°. A l'auscultation, on note des signes de caverne au sommet du poumon droit. Le deuxième bruit du cœur est clangoreux à la base. Amaigrissement extrême.

Une ponction lombaire est pratiquée et donne les résultats suivants : Alb. : 0,30 ; Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; leuco. : 2,4 ; Benjoin : 00000.00211.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Urée : 1,14 ; sucre libre : 0,49 ; chlore : 5,58.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont négatives dans le sang.

Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le malade ne peut avaler que des aliments liquides ou semi-liquides ; la déglutition est difficile.

Gâtisme.

Les jours suivants, la température s'élève progressivement jusqu'à 40° et le malade meurt le 21 décembre 1933, cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — *Système nerveux.* Rien de particulier à l'ouverture du crâne. Méninges congestionnées. Aucune lésion macroscopique du cerveau. Au niveau des pédoncules cérébraux absence de coloration noirâtre au niveau du locus niger.

L'hémisphère droit pèse 560 gr., le gauche 550 gr. ; le cervelet et le bulbe 155 gr.

Organes. — *Poumons :* Infiltration tuberculeuse du sommet du poumon droit et petites cavernes. Emphysème du poumon gauche. Le poumon droit pèse 620 gr., le gauche 430 gr.

Cœur : 190 gr. Pas d'athérome. Pas de lésions orificielles.

Foie : 1.050 gr. Apparence et consistance normales.

Reins : le droit pèse 70 gr., le gauche 75 gr. Aucune lésion macroscopique.

Rate : 80 gr.

Examen microscopique. — *Système nerveux. Cortex cérébral.* Adhérences par places de la pie-mère au cortex. Pas de réaction méningée. Cellules pyramidales peu atrophiées ; zone pigmentée dans un grand nombre. Nombreux vaisseaux, principalement les artérioles, situés dans la zone sous-corticale, sont atteints de périvascularite ; amas de pigment épars au milieu des cellules embryonnaires. Ces lésions d'encéphalite vasculaire sont particulièrement accusées dans les circonvolutions frontales.

La névroglie du cortex paraît normale. Dans la couche sous-corticale les prolongements des cellules névrogliques qui vont s'implanter sur les vaisseaux sont très épaissis.

Les cellules microgliques sont très nombreuses surtout autour des vaisseaux. Leur protoplasme est très développé, étalé irrégulièrement sans que les prolongements paraissent augmentés de nombre. Vacuoles nombreux dans le protoplasma ainsi que dans les prolongements.

Noyaux caudés et putamens. Pas d'altération de l'épithélium épendymaire. Nombreux vaisseaux ont leurs parois calcifiées ; certains

©BIUM

même sont complètement obstrués par la calcification. Dans l'adventice de quelques vaisseaux, on note encore par places une légère réaction lymphoïde.

Couches optiques. Les cellules sont toutes pigmentées. Pas d'autres lésions. Rien de particulier au niveau des parois du III[e] ventricule.

Cervelet. Pas de lésions ; les cellules des noyaux dentelés sont pigmentées.

Pédoncules cérébraux. Pas de lésions méningées. Au niveau du locus niger, il ne persiste plus qu'un très petit nombre de cellules en voie d'atrophie. Certaines contiennent encore quelques granulations noirâtres. Les plus atrophiées n'en contiennent plus. Les autres en renferment d'autant moins qu'elles sont plus atrophiées. Dans toute la zone, présence de grains de pigments jaunâtres épars dans le parenchyme. Pas de neurophagie. Vaisseaux à parois épaissies et réaction lymphoïde nette autour de quelques artérioles. Les cellules des noyaux moteurs oculaires ont une apparence normale. Les noyaux rouges sont peu altérés.

Bulbe. Quelques vaisseaux présentent une légère réaction inflammatoire. Pas de lésions de l'épithélium ventriculaire, ni des cellules des noyaux des nerfs craniens.

Moelle. Pas de lésions cellulaires. Aucune dégénérescence des cordons.

Organes. — *Reins :* aucune lésion. Nombreux grains calcaires.

Rate : follicules lymphoïdes très développés.

Foie : pas de sclérose. Travées hépatiques normales.

Dans ces deux cas, la lésion principale consiste en la disparition presque totale des cellules du locus niger. Les quelques rares éléments qui persistent encore sont eux-mêmes très atrophiés. Il s'agit donc là d'une altération portant sur tout un groupe cellulaire bien défini.

Ce n'est que depuis les travaux de Goldstein (1) que l'attention a été attirée sur cette lésion localisée. Auparavant on pensait que le syndrome akinéto-hypertonique, comme dans la paralysie agitante, était dû à des lésions du striatum et du pallidum. Spatz et Lucksch (2) procédant à l'examen de 18 cas de parkinsonisme encéphalitique et Bahr (3) dans deux cas trouvèrent chaque fois le locus niger détruit, mais aussi des lésions moins importantes

(1) K. Goldstein. — Ueber anatomische Veraenderungen (atrophie der Substantia nigra) bei postencephalitischen parkinsonismus. *Zeit. Neurol.*, 1922, p. 627.

(2) H. Spatz et F. Lucksch. — Die veraenderungen im Zentralnervensystem bei Parkinsonismus in den Spaetstadien der Encephalitis epidemica. *Munch. med. Wochnsch.*, 1923, p. 1245.

(3) M. A. Bahr. — Le syndrome parkinsonien dû à l'encéphalite épidémique chronique (type Von Economo). Etude anatomo-clinique de deux cas. *The J. of Nerv. and ment. disease*, nov. 1935, p. 514.

©BIUM

du pallidum et du cortex. D'autres auteurs, comme Hohmann (1) attribuent la rigidité aux lésions du locus niger et le syndrome akinétique aux altérations corticales. Donaggio (2), dans plusieurs mémoires, combattant la doctrine pallido-nigrique, attribue le parkinsonisme à des lésions profondes du cerveau frontal (frontale ascendante et les 3 circonvolutions frontales) associées à une lésion parfois limitée du locus niger. Il y a lieu de reconnaître en effet que les lésions des lobes frontaux peuvent donner lieu à elles seules à des symptômes qui se retrouvent dans le syndrome parkinsonien, tels que ralentissement prononcé de l'activité psychique, hébétude, amimie, akinésie, mais il n'existe pas d'observation où ces seules lésions aient déterminé un état hypertonique comparable à celui observé dans le parkinsonisme encéphalitique.

Dans nos deux cas, la lésion la plus importante consiste en la disparition presque totale des cellules du locus niger à laquelle s'associent des lésions encéphalitiques particulièrement accusées intéressant les régions sous-corticales des lobes frontaux. Par contre, les globus pallidus sont très peu altérés. Dans le cas publié antérieurement avec Pichard, nous étions déjà arrivés à des conclusions semblables tout en notant que les lésions du locus niger, comme dans les deux observations actuelles, sont de beaucoup prédominantes.

Il ressort de nos examens anatomo-pathologiques qu'à côté du processus vasculaire inflammatoire, il existe dans le parkinsonisme encéphalitique un processus de destruction des cellules nerveuses, sans aucune neurophagie, portant particulièrement sur le locus niger. Ces lésions, comme cela s'observe dans d'autres maladies infectieuses du système nerveux, par exemple dans la poliomyélite, non seulement n'ont aucune tendance à la réparation, mais sont définitives, progressives, aboutissant à la disparition de la cellule.

Il est intéressant de noter enfin que de tout l'encéphale, c'est dans les pédoncules cérébraux et les lobes frontaux que le processus vasculaire inflammatoire reste très accusé. Cette constatation montre qu'après quinze ans d'évolution, les lésions encéphalitiques sont encore en pleine évolution avec prédominance dans le mésencéphale.

(1) L. B. Hohmann. — Pathologisch-anatomische Untersuchungen ueber den encephalitischen Parkinsonismus. *Arb. a. d. Neurol. Inst. a. d. Wien. Univ.*, 1925.

(2) A. Donaggio. — Lobes frontaux et système moteur extra-pyramidal (données anatomo-pathologiques). 2e *Congrès intern. neurol.*, Londres, 29 juillet-2 août 1935.

©BIUM

Syndrome aphaso-agnoso-apraxique (Sur les troubles de la notion du moi et de la notion spatiale dans une démence présénile), par M^lle^ BADONNEL, MM. J. AJURIAGUERRA et M. LECONTE.

La malade que nous présentons, Mme H. M., est entrée à Henri-Rousselle le 26 juin 1935, avec le diagnostic d'affaiblissement intellectuel. Elle est âgée de 62 ans et ses antécédents sur lesquels nous nous sommes renseignés en interrogeant sa fille et sa sœur nous ont appris ce qui suit : Elle n'a eu aucune maladie dans l'enfance et a toujours été considérée à l'école comme une élève normale. Son humeur habituelle était gaie et égale. Elle a été réglée à 16 ans et s'est mariée pendant la guerre.

Deux faits sont à retenir dans le passé de notre malade. L'un remonte à près de quatorze ans. A cette époque, en effet, la malade a fait une chute dans un escalier au cours de laquelle elle se fit une fracture de l'arcade sourcilière et d'un bras. Mais il n'y eut aucune perte de connaissance, aucun trouble mental concomitant ou post-traumatique.

En outre, il y a dix ans, à cause de métrorragies abondantes, le diagnostic de fibrome est posé et une hystérectomie pratiquée. A la suite de cette opération qui détermina la cessation de ses règles, la malade se sent très fatiguée et aurait présenté, d'après sa sœur, quelques idées délirantes. Elle prétendait alors être gênée par un instrument laissé par le chirurgien dans son organisme lors de l'intervention.

Nous n'avons rien trouvé d'autre dans les antécédents de la malade susceptible d'être mis en évidence. Aucun passé d'alcoolisme, aucune fausse couche. Elle a eu une fille, âgée de vingt-deux ans, mariée et en bonne santé, mère de deux enfants sains. Elle a eu neuf frères et sœurs dont cinq sont actuellement vivants et bien portants. Dans les antécédents héréditaires, on apprend que le père était asthmatique et décéda à 65 ans d'une affection pulmonaire, et que la mère, âgée de 78 ans, vit encore, et présente des troubles mentaux faisant penser, d'après les dires de sa fille, à une démence sénile.

Début de la maladie. — Il s'est fait insidieusement et progressivement, accompagné d'un amaigrissement notable de plusieurs kilogrammes. Les premiers troubles apparus furent d'abord des troubles de la mémoire. La malade ne se souvenait plus où elle rangeait ses affaires. Elle avait perdu le souvenir des faits récents, oubliait ce qu'elle faisait. Elle avait conscience de son état et s'en affectait beaucoup. Elle avait à l'époque de nombreux cauchemars, un léger état dépressif avec colères, tous symptômes qui se sont accrus, mais pas d'hallucinations.

Il y a deux ans son mari meurt d'une tumeur cérébrale. La malade

©BIUM

très peinée, ne voulant pas marcher, présentant du mutisme, reste pendant huit jours couchée dans un état de stupeur et pleurant souvent. Les troubles deviennent plus marqués à partir de ce moment. Elle se perd dans les rues et est ramenée trois fois en taxi chez elle. Elle devient inapte à faire son ménage, commettant sans cesse des erreurs, faisant cuire par exemple un rosbeef dans une casserole qu'elle remplit d'eau. Elle ne sait plus allumer du feu.

Ces troubles, loin de diminuer son activité, l'augmentent. Elle déchire le linge pour le recoudre ensuite.

Examen de la malade. — En présence de la malade on est frappé par l'air inexpressif ou un peu étonné de son visage. Elle est aimable et répond de son mieux à nos questions, ce qui rend l'interrogatoire facile.

Nous avons procédé chez elle à un examen systématique visant à mettre en évidence les divers troubles de la mémoire et du langage qu'elle présente.

Etude des troubles mnésiques. — On est très rapidement frappé par les troubles mnésiques qu'elle présente. Ces troubles sont extrêmement complexes. En effet, notre malade paraît ne retenir aucun des faits ou impressions parvenus récemment à sa connaissance, si bien qu'on pourrait, semble-t-il, pouvoir parler d'amnésie de fixation.

Il y a quelques jours nous avons eu l'occasion de voir notre malade au milieu d'un entourage fait de sa sœur, de sa fille et de diverses amies ; toutes d'ailleurs nous ont avoué avoir été parfaitement reconnues. La malade a été, au cours de l'entretien, touchée de leur visite, affectueuse, et s'est enquise de la santé de sa mère et de celle de ses petits-enfants. Mais, moins d'une minute après le départ attendu par nous de ces personnes, la malade n'a pu nous spécifier qui venait de lui rendre visite.

A cette question : « Qui venez-vous de voir ? », elle cite correctement le nombre des personnes qui étaient en sa présence, mais ne peut en indiquer les noms, les qualités ni la parenté. Ils étaient cinq, dit-elle. Mais devant cette autre question : « Depuis quand avez-vous vu votre fille ? » la malade répond aussitôt : « Elle vient de venir me voir ». En notre présence, elle se rappelle parfaitement avoir déjà été interrogée par nous, mais quand la surveillante lui parle de nous, ses oublis sont identiques, si bien qu'il semblerait qu'il faille parler d'amnésie d'évocation puisque la mémoire revient à la malade dès qu'elle est stimulée par l'aide qu'apporte notre présence ou une question précise, facilitant le souvenir comme nous l'avons vu pour celui des visiteurs. La mémoire des faits anciens est également considérablement troublée. Elle ne sait plus les dates essentielles qu'il est classique de demander à une malade.

C'est cette mémoire, dit-elle, qui ne revient pas, montrant dans cette seule phrase et la correction de son langage articulé et la conscience de son état.

©BIUM

Etude des fonctions du langage. — Nous en avons étudié successivement les divers éléments.

I. *Etude de l'expression du langage parlé.* — La parole spontanée est normale, bien articulée et vient aisément, la malade ne cherchant pas ses mots. Il n'existe aucune dysarthrie. Il n'y a pas de logoclonies.

II. *Etude de la compréhension du langage parlé.* — La malade comprend correctement ce que nous lui disons ou ordonnons de faire pendant tout le cours de l'entretien que nous avons avec elle.

III. *Etude du langage écrit.* — L'*écriture,* qu'elle soit spontanée, dictée ou recopiée, est impossible. La malade, consciente de son incapacité, s'impatiente, manifeste de l'hésitation, du tremblement, mais ne parvient qu'à produire quelques traits irréguliers, tremblés, sans signification. La dictée même de l'alphabet est impossible ; elle trace à des niveaux différents et pêle-mêle des caractères fantaisistes, montrant que la notion des lettres est perdue pour elle.

La *lecture* se fait bien quand les phrases sont courtes. Elle nous a lu récemment le journal, en parcourant de gauche à droite et par bribes les diverses colonnes correspondant à des articles différents ; mais si on s'applique à la faire lire mot à mot, on y parvient.

Dans toutes ces épreuves il est remarquable de noter :

1° La *fatigabilité* de la malade qui très rapidement cesse de fixer son attention sur le problème posé. Les épreuves sont toujours meilleures au commencement de l'examen. A la fin, elle s'arrête, cherchant autour d'elle, sur la table ou dans la pièce, on ne sait quoi. Si on l'interroge, elle répond : « Je cherche. »

Q. : Que cherchez-vous ? — R. : C'est pour savoir. — Q. : Quoi ? — R. : « Si je trouve », et ceci à maintes reprises. Il faut alors répéter les questions posées.

2° La *conscience du trouble pathologique.* Elle a notion de ses troubles. « Oh ! ça ne reviendra jamais, docteur, dit-elle. Dans la conversation il y a souvent du *barrage* (c'est la malade qui emploie le mot). Elle s'arrête souvent, cherchant son mot. Elle dit alors : « Je ne suis pas comme vous, je suis une vieille bête, une imbécile. Mais cette conscience ne se révèle qu'au moment de l'action. Si l'on met la malade au défi d'écrire correctement, elle répond en dépit de ses échecs précédents : « Oh ! si, docteur. » Et aussitôt après son essai elle reconnaît son trouble : « Ce n'est pas lisible ; je ne peux pas le faire comme je veux. »

Etude des troubles praxiques et gnosiques. — L'étude des troubles praxiques et des modifications gnosiques est plus intéressante encore chez cette malade. Les actes instinctifs et réflexes sont conservés. L'exécution d'actes simples, tels qu'ouvrir la bouche, fermer les yeux, se fait normalement. Elle fait normalement le signe de la croix, mais maladroitement le salut militaire. Elle comprend donc les ordres et les met en exécution. La plupart des actes automatiques sont peu troublés. Nous avons essayé de séparer l'automatisme de la

©BIUM

représentation mentale des ordres donnés. La malade étant assise, nous appuyons légèrement sur ses épaules ; quand on donne l'ordre de partir, la malade répond oui, mais ne se lève pas. Quand on supprime la pression, la malade part à l'ordre donné. La légère opposition au mouvement automatique empêche l'exécution de l'ordre. Nous avons essayé chez la malade la méthode des associations. On lui explique qu'elle devra se lever au moment où elle entendra un coup de marteau frappé sur la table. On tape alors sur la table, et la malade déclare : « Je vais partir », mais reste assise. Nous avons retrouvé ce phénomène à plusieurs reprises. Les représentations ne déclanchent pas les mouvements. Ce n'est que l'ordre qui produit le mouvement de se lever.

Les mouvements transitifs sont troublés : main gauche sur oreille droite, etc. L'imitation des mouvements est variable suivant les réponses. Pour faire la boucle avec le pouce et le petit doigt, la malade rapproche sa main de la nôtre jusqu'au contact et y arrive malgré tout difficilement. Si on lui dit de faire la même manœuvre avec l'autre main, après un moment d'arrêt, sans desserrer les deux doigts, elle met sa main en pronation, sa face palmaire regardant en bas et en dehors. L'autre main reste immobile.

La manipulation d'objets est moins troublée. Elle retire correctement une allumette de la boîte et l'allume bien. On note par ailleurs la persévération dans l'acte. L'apraxie constructive est très nette. Elle est dans l'impossibilité de former un triangle avec trois allumettes ; une croix avec deux. Devant cette impossibilité, elle répète à plusieurs reprises : « Cependant, je le faisais bien avant. »

Etude de la reconnaissance des objets, des couleurs, des tissus et des images. — La reconnaissance des objets par le toucher n'est pas très troublée. Un grand nombre d'objets sont identifiés.

Cette épreuve s'est montrée satisfaisante. La malade a parfaitement reconnu les différents objets soumis : tampon, porteplume, clefs, stylo, papier, crayon, enveloppe, etc.

Elle a également désigné correctement les couleurs, les tissus et les images que nous avons suffisamment variés pour être sûrs de notre affirmation. Les figures géométriques sont reconnues : triangle, croix, étoile, etc. ; mais elle n'arrive pas à compter des allumettes, ni à prendre de l'argent posé sur la table.

Etude de la notion du moi corporel. — On observe la perte de la fonction de position de ses membres ainsi que de l'attitude qu'on leur impose. La malade ne peut imiter du côté opposé la position imposée à l'un de ses membres. A l'interrogatoire elle affirme l'existence de ses membres ainsi que le nombre et les rapports de ceux-ci à droite et à gauche. Il existe de l'agnosie des doigts. Les troubles, lors de l'indication du côté gauche ou du côté droit, sont beaucoup plus marqués les yeux fermés. L'importance de la vision dans les troubles de notion de ses membres se fait voir à certaines épreuves lorsqu'on met le bras droit derrière le dos et qu'on demande

©BIUM

à la malade de donner sa main droite : elle offre d'un mouvement automatique la main gauche, qui est libre. Si on lui demande, en outre, la main gauche, elle répond : « Il n'y en a pas d'autre ». Lorsqu'on met les deux mains derrière le dos en les maintenant légèrement, on obtient, selon les questions, les réponses suivantes : Q. : Montrez-moi vos mains ? — R. : Il n'y en a pas, je ne les vois pas. — Q. : Mais je n'ai pas besoin de les voir pour les montrer. — R. : Vous et moi, ça fait deux. — Q. : Où est-elle ? — R. : Je ne sais pas. La malade cherche alors à nouveau partout, puis dit : « Vous me l'avez prise, docteur. » Il faut noter la différence importante dans les réponses obtenues selon la forme de l'ordre donné : Où sont vos mains ? ou : Donnez-moi la main ?

En effet, la malade ne montre pas sa main dans le premier cas, mais la tend automatiquement dans le second.

En outre les résultats des épreuves varient selon que l'attention est fixée ou non, et les troubles de l'attention sont assez marqués.

Ainsi, après avoir demandé à la malade, tout en lui pressant assez fortement sur le pied : « Qu'est-ce que je vous fais en ce moment ? », elle répond, en regardant le second médecin qui écrit : « vous écrivez ».

Devant une glace, la malade ne se reconnaît pas, elle affirme voir sa fille ou bien sa sœur. Un jour elle est entrée en conversation avec son propre reflet.

On observe encore :

— de la *désorientation*. Dans le temps : elle ne sait pas la date, ne sait pas au juste depuis quand elle est ici ; dans l'espace : elle ne sait pas qu'elle est dans un hôpital et ne trouve plus son lit ;

— de la *fabulation*. Elle est toujours très occupée, dit-elle, car elle doit faire le ménage, la cuisine, soigner les enfants de sa fille. Elle prétend faire son déjeuner elle-même. La fabulation n'a pas de racines profondes. La malade, d'ailleurs très suggestible, se laisse facilement convaincre que ce qu'elle dit est faux.

Quant à l'*affectivité* elle est conservée. Elle reçoit, nous l'avons vu, avec plaisir sa fille et sa sœur. Souriante et aimable d'ordinaire, elle s'énerve quand elle n'arrive pas à écrire et souvent on assiste à un tremblement généralisé à cette occasion. Il faut noter encore une certaine tendance à la bonne humeur et au badinage.

Les autres opérations intellectuelles sont troublées. Le calcul est très mauvais. Elle ne peut faire correctement une addition : 2 + 2 = 4, mais elle laisse sans réponse : 2 + 3 ; 2 + 6. Il lui est tout aussi impossible de faire une soustraction : 10 — 5 = ? « c'est compliqué », dit-elle. Il en est de même des autres opérations. Elle compte par contre correctement de 1 à 20, mais est incapable de le faire à l'envers. Elle récite correctement les mois de l'année mais également ne peut nous les dire à l'envers.

Quand on lui demande des définitions, les réponses sont variables : Dieu : C'est le Bon Dieu, c'est un homme comme un autre. Patrie :

©BIUM

C'est la musique militaire et des trucs comme çà. France : C'est tout un grand pays. Mariage : La malade ne répond pas. Hôpital : Où on soigne les malades. Ecole : Où on travaille.

L'*examen physique* de notre malade s'est montré extrêmement pauvre en symptômes.

En effet il n'existe aucun trouble de la motricité, de la réflectivité tendineuse ou cutanée, aucun trouble sensitif. La sensibilité superficielle est normale dans tous ses modes. De même la sensibilité profonde. Il n'existe pas d'altération du sens stéréognostique. Il n'existe aucun trouble pyramidal ou cérébelleux. Nous n'avons pu mettre en évidence aucun signe de spécificité nerveuse, ni aucun stigmate d'éthylisme. Les pupilles réagissent correctement à la lumière et à l'accommodation. Il n'existe aucune hémianopsie, aucune atteinte des différents nerfs craniens. L'état vasculaire est satisfaisant. La tension est de : 12-8 au Vaquez. L'examen viscéral s'est montré absolument normal. Il existe de l'hypertrichose de la lèvre supérieure. Les examens de laboratoire n'ont également révélé aucune modification pathologique notable.

Dans le sang : Le taux de l'urée est de 0,42, celui de la cholestérine est un peu élevé : 1 gr. 91.

Dans le liquide céphalo-rachidien : Tension 40 ; albumine 0,30 ; globuline 0 ; leucocytes 0,2 ; benjoin 00000.00110.00000 ; réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke négatives. Les urines sont normales.

Une radiographie du crâne de face et de profil a donné des images normales.

En résumé, cette malade présente un syndrome agnoso-apraxique surajouté à des troubles mnésiques. Elle présente en outre des troubles de la notion du moi sur lesquels nous voudrions insister particulièrement.

Avant de commencer la discussion de ce syndrome, nous voudrions insister sur la variabilité de ces signes. En effet, la fatigabilité, le facteur émotionnel, font varier ce tableau. Il se produit au cours de l'interrogatoire des inhibitions et des libérations, parfois des barrages (dit la malade) qu'explique cette variabilité. Nous avons tenu compte dans cette étude des troubles de l'attention de la malade et tenu compte de sa compréhension aux ordres donnés.

Les troubles de la mémoire portent surtout sur la mémoire de fixation et d'évocation. Notons que le souvenir concernant les conditions personnelles et familiales n'est point troublé. La malade se rappelle de certains faits qui l'ont frappée, particulièrement des noms des médecins et des épreuves faites quelques jours auparavant, tandis qu'elle oublie les faits journaliers de la vie à l'hôpital. Parfois un mot inducteur oriente ses souvenirs.

©BIUM

Les troubles de l'écriture sont très marqués, la malade n'arrive pas à conserver la direction horizontale, elle dévie soit vers la droite, soit vers la gauche. Parmi les troubles apraxo-gnosiques, nous insisterons particulièrement sur les troubles de la notion du moi. Nous pensons qu'il y a certainement des troubles de la synthèse générale, mais que ceux-ci semblent toucher particulièrement la notion spatiale ainsi que la notion de son propre corps. Elle présente en effet des troubles de l'orientation du propre corps décrit par Pick, sous le nom d'autotopoagnosie. Ils se manifestent particulièrement dans le choix du côté et dans la pratique des réactions de préhension et indications croisées. Chez elle, non seulement la notion de disposition réciproque de ses membres est touchée, mais encore leur existence même est discutée par la malade. A remarquer que les troubles de la sensibilité sont au minimum. Facteur important : la fermeture des yeux ou bien la disparition de ses membres du champ visuel de la malade augmente considérablement la notion de non-existence de ses membres : « Je n'ai pas de bras, je ne les vois pas. » De nombreux auteurs ont insisté sur l'importance de la vision dans la notion de notre corps. Le schéma corporel semble bien réclamer la collaboration de plusieurs données sensitives et sensorielles. C'est l'apport objectif de la vue et des sensibilités profondes qui nous permet d'arriver à la connaissance des différentes parties du corps et de leur position respective. Ces différents apports se complètent et peuvent parfois se remplacer, au moins en partie. Dans le cas présent, la sensibilité profonde permet la reconnaissance des objets.

Notre malade ne possède pas de troubles nets, ni de la sensibilité tactile, ni de la sensibilité profonde. Cependant, elle est incapable d'élaborer une connaissance précise de la présence et de l'existence de son membre, malgré le peu de troubles sensitifs. L'apport gnosique de la vue vient suppléer en partie à cette insuffisance.

La notion du corps propre demanderait encore que soit approfondi le sentiment d'appartenance au moi de ce schéma spatial. Et c'est peut-être dans ce sens qu'il faudrait chercher le fondement des troubles de dépersonnalisation et même de certains délires hypocondriaques (Schilder) ; de phénomènes de déréalisation et même enfin de délires de négation. Notre malade qui ne se reconnaît plus devant la glace est peut-être sur le chemin de ces troubles.

Au point de vue nosologique, nous n'insisterons pas sur le diagnostic possible de maladie d'Alzheimer ou de Pick. Ce que nous pouvons dire, c'est qu'il y a certainement une prédominance

©BIUM

de lésions au niveau de la région pariéto-temporale. L'apraxie, l'agnosie, l'aphasie amnésique, les troubles graphiques forment un ensemble de symptômes qui correspond à ce qu'un grand nombre d'auteurs (Potzl, Kroll, etc.) ont décrit dans les lésions de cette région. L'absence d'ictus au début, l'apparition progressive de troubles, l'absence d'hémianopsie (nous le croyons du moins) nous permettent d'éliminer l'hypothèse d'un ramollissement sylvien localisé. L'hypothèse qui nous semble donc la plus plausible est celle de démence avec atrophie localisée au carrefour pariéto-temporo-occipital.

Si la malade avait été plus âgée, on aurait pu discuter à cause des troubles mnésiques et fabulatoires la forme de presbyophrénie avec renforcement localisé de l'atrophie, si bien étudiée par Stertz.

M. GUIRAUD. — Cette malade qui n'a aucun membre paralysé, ne reconnaît pas ses membres comme étant les siens. Cela prouve que, s'il est très exact que, comme l'a montré Babinski, certains hémiplégiques, appelés par lui anosognosiques, ne reconnaissent pas, comme faisant partie de leur corps, ceux d'entre leurs membres qui sont paralysés, cette méconnaissance n'a pas pour fondement la paralysie.

Un cas de paralysie générale infantile parvenue au stade juvénile, par MM. H. PICHARD, Yv. ANDRÉ et M. LECONTE.

Le malade que nous présentons nous a semblé intéressant à un double titre : d'abord parce qu'il s'agit d'un jeune paralytique général dont la puberté n'a pas été entravée par l'évolution de la maladie, ensuite parce qu'il pose le problème de la syphilis acquise chez les paralytiques infantiles.

Le jeune B... D. est âgé de 16 ans. Il est entré à l'Hôpital Henri-Rousselle le 27 novembre 1935 avec le diagnostic de débilité intellectuelle dont le niveau mental est de six ans. Dès le premier abord on est frappé par une dysarthrie et un tremblement si accentués, que joints aux troubles oculaires et intellectuels le diagnostic se trouve orienté vers la possibilité de paralysie générale juvénile.

Antécédents. — Ils nous ont été fournis par sa tante paternelle qui connaît l'enfant depuis sa naissance. Dans ses antécédents personnels on apprend qu'il n'a jamais été malade et n'a jamais présenté d'ictus dont la fréquence chez les enfants paralytiques est cependant bien connue. Du point de vue psychique, nous savons qu'il a appris à lire et à écrire, mais qu'il a toujours éprouvé de grandes difficultés

©BIUM

d'assimilation à l'école. Il fut toujours d'un caractère tranquille, presque exagérément, il ne s'est jamais amusé comme les autres enfants.

D'après la tante, tous les troubles remontent assez loin dans son enfance et se sont accentués insensiblement et progressivement. Elle prétend que jamais il n'a bien parlé et qu'il a toujours tremblé un peu. Peut-être y a-t-il eu une aggravation plus rapide de ces troubles depuis quelques mois.

Il faut encore noter dans le domaine instinctif qu'il se masturbait fréquemment en toute occasion, même à table. Dans le service nous n'avons pas remarqué cette habitude.

L'étude des antécédents héréditaires nous a appris que son père, alcoolique, était mort dans un sanatorium, il y a deux ans environ, et que sa mère était décédée à la suite de métrorragie il y a 4 ans.

Ces circonstances ne nous ont pas permis de pousser plus loin l'enquête étiologique concernant la syphilis des parents, cependant sa mère, fille de salle, aurait été d'une inconduite notoire et aurait eu, quelques années après la naissance de notre malade, deux autres enfants, morts en bas âge : un garçon au bout d'un mois et une fille au bout de douze jours. Nous ignorons s'il y a eu des fausses couches.

Un examen du sang, pratiqué chez la tante, a été négatif.

Nous allons passer en revue les éléments constituant les syndromes présentés par notre malade.

I. *Syndrome psychique.* — Il est essentiellement constitué par des troubles des fonctions intellectuelles, sans aucun syndrome délirant. La mémoire est partiellement atteinte. Si notre malade sait son âge et la date de sa naissance, il n'en existe pas moins des erreurs sur les dates essentielles.

L'étude de l'attention en montre également la déficience. L'épreuve des lettres barrées dans un texte est mauvaise. Celle des chiffres répétés à l'envers est également défectueuse. Le jugement est très atteint. Il ne voit pas l'absurdité des phrases absurdes et ne peut faire, et souvent très incorrectement que l'addition de deux chiffres.

L'examen met en évidence dans toutes les épreuves des erreurs et des incohérences.

Il faut ajouter encore l'inconscience du jeune malade pour ses fautes et son état. Il ne voit pas pourquoi il est ici. « Il a une bonne santé et une bonne mémoire. »

L'approbativité est manifeste, mais on ne note pas de troubles de l'humeur notables. Il n'y a pas d'euphorie, mais une certaine sérénité ; aucune agitation ou dépression ne s'est manifestée depuis son entrée. L'enfant est calme, tranquille, un peu inerte et passif. Il mange assez proprement, sans gloutonnerie. Nous n'avons pas noté la masturbation signalée par la tante. Nous n'avons pu mettre en évidence de syndrome délirant au cours de nos divers entretiens. Nous n'avons jamais remarqué d'idées hypocondriaques ou mégalomaniaques.

II. *Syndrome somatique.* — Il est infiniment plus riche. Le syndrome oculaire est des plus nets. Les pupilles sont en mydriase,

©BIUM

mais déformées, inégales et ne réagissant pas à la lumière tout en conservant leur réaction à l'accommodation, mais très faiblement car elles demeurent en mydriase, même en cas de convergence extrême. Il n'y a pas de paralysie oculaire. Nous n'avons noté aucun nystagmus. La dysarthrie est évidente et considérablement marquée spontanément. Le tremblement qu'il est classique de rechercher chez l'adulte frappe par son intensité chez notre jeune malade. Il prédomine aux mains, aux muscles péribuccaux lors de la phonation, à la langue où existe un tremblement fibrillaire. Il s'agit là d'un tremblement à la fois spontané et intentionnel qui s'exagère très nettement dans les mouvements volontaires.

L'écriture est si tremblée qu'elle est peu lisible et il n'est pas aisé d'y discerner les troubles psychographiques des troubles calligraphiques. La marche est prudente, mal assurée, un peu spasmodique ; les jambes légèrement écartées. Les réflexes rotuliens sont vifs. Les achilléens sont conservés ; on note une ébauche de clonus du pied, au niveau des membres inférieurs. L'épreuve du talon sur le pied est très mauvaise, mettant en évidence des oscillations nettes prouvant l'incoordination ; aux membres supérieurs on note par l'épreuve du doigt sur le nez de la dysmétrie, et par celle des marionnettes de l'adiadococinésie. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Le réflexe crémastérien, les cutanés abdominaux sont normaux.

Il n'y a pas de diminution de la force segmentaire nette. C'est la maladresse qui rend mauvaise l'épreuve au dynamomètre. Il n'y a donc pas de syndrome pyramidal, mais des troubles cérébelleux assez marqués. Il n'y a pas de troubles sensitifs, qu'il s'agisse de la sensibilité superficielle ou profonde.

La sensibilité osseuse, la sensibilité testiculaire sont conservées. Le sens stéréognosique est intact. On note encore un certain degré d'obésité. Les seins sont particulièrement développés. Les testicules sont développés normalement. Les poils sont apparus au niveau du publis. Ils font défaut au niveau du maxillaire. Malgré ces signes de puberté, l'aspect reste celui d'un adolescent peu développé. Nous n'avons noté aucun stigmate d'hérédo-syphilis. Il n'existe aucune dystrophie dentaire ou osseuse. L'appendice xyphoïde existe. On ne note aucune manifestation cutanée d'hérédo-syphilis. Il n'y a aucune lésion des paires craniennes.

L'examen viscéral s'est montré négatif. La rate, le foie, le cœur, les poumons sont normaux. Les pieds sont en léger *varus equin*.

III. *Le syndrome humoral* est au maximum et tout à fait comparable à celui d'un adulte.

Les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn sont positives dans le sang.

L'étude du liquide céphalo-rachidien a montré :

Albumine : 0,45. — Globulines : positivité des réactions de Pandy et de Weichbrodt. — Leucocytes : 10 éléments. — Réaction du benjoin colloïdal : 22220.02222.00000. — Réaction de Meinicke et de Bordet-Wassermann très positives.

©BIUM

Il s'agit donc d'un jeune garçon présentant au complet un syndrome paralytique : psychique, physique, humoral.

Les auteurs qui ont étudié la question des paralysies générales infantiles (Brissot et Devallet récemment) ont noté que l'évolution de la maladie entravait celle de la puberté. Dans le cas que nous soumettons aujourd'hui, il semble, au contraire, que l'apparition des premiers symptômes de méningo-encéphalite (ralentissement psychique, dysarthrie, tremblement) ait de beaucoup précédé celle des signes de la puberté.

Par ailleurs, en raison de l'absence totale de stigmates d'hérédo-syphilis, en raison de la netteté du triple syndrome intellectuel, physique et humoral en tout point comparable à la forme démentielle de l'adulte, il nous est permis de soulever ici l'hypothèse de syphilis acquise.

Notons en outre que la mère de notre malade était fille de salle dans un café, très exposée par sa conduite et son métier, et qu'elle a dû alors contracter la syphilis (hypothèse d'ailleurs confirmée par la tante). Le jeune B... D... étant l'aîné et à la fois le seul survivant de ces trois enfants, il n'est peut-être pas trop audacieux d'imaginer que sa naissance avait précédé l'infection maternelle et qu'il a été ensuite contaminé par sa mère.

Cette hypothèse étant invérifiable, nous ne nous y arrêterons pas plus longtemps, mais il nous a paru intéressant de la soulever, étant donné l'ensemble du tableau clinique pouvant nous faire penser à une paralysie générale acquise.

En résumé, si l'on se reporte à la classification établie récemment dans la thèse de Devalet, inspirée par Brissot, il s'agit là, pour nous, incontestablement, d'une paralysie générale à évolution démentielle lente et progressive opposée dans l'ouvrage cité à la forme massive « idiotie acquise ». Ce qui est notable ici, c'est l'absence d'ictus signalée si fréquemment, et la netteté des signes cérébelleux sur lesquels a bien insisté Devallet dans les formes infantiles et qui auraient pu faire poser le diagnostic de sclérose en plaques.

Nous nous demandons également (et ici la mort des parents nous a empêchés de le vérifier) si, dans ces formes si proches de celles de l'adulte, il ne s'agit pas de spécificité acquise par contamination de la mère à l'enfant.

La séance est levée à 11 heures 40.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON ET P. ABÉLY.

©BIUM

Séance du Lundi 23 Décembre 1935

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Présidence : M. Cl. VURPAS, vice-président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 14 novembre 1935 et le procès-verbal de la séance du lundi 25 novembre 1935 sont adoptés.

Correspondance

La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le Dr Roger-D. ANGLADE, médecin-chef à l'Asile de Villejuif (Seine), et de M. le Dr E. MARTIMOR, médecin-chef à l'Asile de Ville-Evrard, qui posent leur candidature à la place de *membre titulaire* résidant de la Société Médico-psychologique déclarée vacante ; la Société désigne une Commission composée de MM. BOURGUIGNON, PÉRON, PORC'HER, ROBERT et VIGNAUD, pour l'examen de ces candidatures : l'élection aura lieu à la séance du lundi 27 janvier 1936 ;

une lettre de Mme le Dr A. MASSON, licenciée ès lettres, Directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Saint-Alban (Lozère), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national :* la Société désigne une Commission composée de MM. DESRUELLES, LAIGNEL-LAVASTINE et CARRETTE, rapporteur ; le vote aura lieu à la séance du lundi 27 janvier 1936 ;

Election d'un membre titulaire honoraire

une lettre de M. le professeur Pierre JANET, membre titulaire depuis le 28 janvier 1895, qui demande à être nommé membre titulaire honoraire: M. le professeur Pierre JANET, remplissant les conditions exigées par l'article 3 des statuts, reçoit par un vote unanime le titre de *membre titulaire honoraire.*

©BIUM

Election de 6 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. Paul ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. Paul ABÉLY, GUIRAUD et LÉVY-VALENSI, sur les titres de Mlle le Dr M. DEROMBIES et de MM. les Drs J. BOREL, B.-A. CASALIS, P.-M. LEULIER, J. ROUART et P. RUBENOVITCH, il est procédé au vote :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le Dr J. ROUART	25	voix.
M. le Dr J. BOREL	24	—
M. le Dr P.-M. LEULIER	24	—
M. le Dr B.-A. CASALIS	23	—
Mlle le Dr M. DEROMBIES	23	—
M. le Dr P. RUBENOVITCH	23	—

M. le Dr J. ROUART, M. le Dr J. BOREL, M. le Dr P.-M. LEULIER, M. le Dr B.-A. CASALIS, Mlle le Dr M. DEROMBIES et M. le Dr P. RUBENOVITCH sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Rapport de la Commission des finances

M. PACTET. — Messieurs, l'avoir de la Société, y compris les sommes dont elle est comptable au titre des prix à décerner, était, le 18 décembre 1934, de 27.708 15

Les recettes de 1935 ont été de 51.806 50

Total 79.514 65

Les dépenses de 1935 ont été de 47.034 69

Il reste en caisse un avoir total de 32.479 96

se décomposant ainsi :

Société Médico-Psychologique 20.852 86

En dépôt au titre des prix à décerner :

Prix Aubanel	8.611 60	11.627 10
Prix Belhomme	950 »	
Prix Moreau de Tours	300 »	
Prix Christian	1.765 50	

Total 32.479 96

©BIUM

Les rentes annuelles se décomposent ainsi :

Société Médico-Psychologique	2.186 »
Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau de Tours	100 »
Prix Christian	302 »
	3.688 »

Après avis de la Commission des Finances, la Société approuve à l'unanimité des membres présents les comptes de 1935 et le budget de 1936 qui lui sont présentés, et vote des félicitations unanimes à Mme le Dr THUILLIER-LANDRY, *trésorier*.

Rapport du Secrétaire général

M. René CHARPENTIER. — Mes chers Collègues, comme les années précédentes, et conformément à l'article 8 des statuts de notre Société, je viens vous rendre compte de sa situation morale et de son activité pendant l'année 1935.

La situation morale de la Société Médico-psychologique est digne de son long et vivant passé. L'empressement avec lequel de nombreux collègues étrangers ont bien voulu se faire représenter aux cérémonies organisées pour commémorer le Centenaire de Magnan en est un nouveau témoignage. Une Société scientifique s'honore quand, sans pour cela s'arrêter sur la route du progrès et des acquisitions nouvelles, elle jette un regard en arrière et manifeste sa reconnaissance aux Maîtres disparus dont les travaux ont constitué des bases solides aux recherches de leurs successeurs. Au nom du Bureau de la Société, au nom aussi des élèves de Magnan, qu'il me soit permis de remercier à nouveau tous ceux qui, par leur concours, par leurs exposés, par leur présence, ont contribué à l'éclat de cette commémoration à laquelle la famille de Magnan a bien voulu s'associer.

Notre reconnaissance va tout particulièrement à M. Paul Strauss, vice-président du Sénat, ancien ministre. En acceptant la présidence de cette cérémonie, il témoignait assurément de la fidélité d'une vieille amitié, mais il témoignait aussi de l'intérêt bienveillant qu'il manifesta toujours à nos Sociétés et à nos travaux. Notre Assemblée, inaccessible à l'ingratitude d'autres collèges, conservera toujours le souvenir reconnaissant des efforts de M. le Ministre Paul Strauss pour la modernisation de la législation et de l'assistance psychiatrique.

La vitalité de notre groupement est démontrée par le nombre croissant des candidatures, l'assiduité des membres aux séances, le nombre et l'intérêt des travaux présentés. Le titre de membre de la Société Médico-psychologique est, à l'étranger comme en France, un titre recherché.

©BIUM

En cette année 1935, la Société Médico-psychologique a élu 32 membres nouveaux, dont 2 membres titulaires honoraires, 5 membres titulaires, 19 membres correspondants nationaux, et 6 membres associés étrangers. Elle réunit actuellement 405 membres, dont 16 membres titulaires honoraires, 98 membres titulaires, 122 membres correspondants nationaux, et 169 membres associés étrangers.

Elle a tenu 16 séances, au cours desquelles 81 communications et présentations ont été faites. D'importantes questions ont été discutées. Exposés et Discussions paraissent régulièrement dans le Bulletin de la Société que publient les *Annales Médico-psychologiques*. J'ai l'agréable devoir de remercier les auteurs des travaux toujours très étudiés qu'ils nous apportent, mais aussi de la régularité et de la bonne grâce avec laquelle ils se soumettent au Règlement de la Société, permettant ainsi aux secrétaires la publication rapide des comptes rendus.

Mes chers Collègues, il y a 5 ans, à l'Assemblée générale du mois de décembre 1930, vous m'avez fait le grand honneur que je ne désirais pas de m'appeler au secrétariat général de notre Société. Depuis 5 ans, vous m'avez chaque année renouvelé l'expression de votre confiance. Je vous en suis profondément reconnaissant.

A la suite de la disparition simultanée de la Société Clinique de Médecine mentale et de la Société de psychiatrie de Paris, toutes deux absorbées à la fin de l'année 1930 par la Société Médico-psychologique, des modifications profondes furent apportées à notre Société. Ses nouveaux statuts furent approuvés par un décret en date du 30 juillet 1932. Son nouveau Règlement reçut, le 21 février 1933, l'approbation ministérielle. Enfin, le 18 décembre 1934, votre Assemblée générale, en votant une nouvelle augmentation de la cotisation, permit au *Bulletin de la Société* et aux *Annales Médico-psychologiques* de continuer leurs progrès, leur extension, leur diffusion. La légitimité de votre décision est d'ailleurs démontrée par ce fait que l'augmentation du prix d'abonnement de cette Revue, en dépit de la crise économique qui continue à sévir, a été suivie d'une augmentation du nombre des abonnements.

Aussi, mes chers Collègues, considérant aujourd'hui ma tâche comme achevée, arrivé d'ailleurs au terme que je m'étais fixé, je remets entre vos mains le secrétariat général de la Société Médico-psychologique. La mise au point à laquelle nous venons de procéder pendant ces cinq années permettra, j'en suis assuré, à celui d'entre nous que vous allez désigner pour me succéder, de guider maintenant notre activité vers des buts nouveaux pour le plus grand bien de nos études communes et des malades qui nous sont confiés.

Si modeste donc que soit le résultat actuel, il aura cependant contribué à préparer l'avenir. Et cette besogne, toute matérielle, de mise au point, est l'œuvre de tous. Aussi, me permettrez-vous, avant de me retirer, d'exprimer mes remerciements reconnaissants à nos présidents dont les conseils furent pour moi le meilleur appui, aux mem-

©BIUM

bres du Conseil d'Administration toujours si dévoués aux intérêts de notre Société, à nos secrétaires des séances à qui incombe la rédaction toujours délicate de vos discussions, à vous tous, Messieurs, dont l'amicale et indulgente collaboration ne m'a jamais fait défaut.

Il est enfin, dans notre Société, une fonction d'une importance capitale, dont l'exercice est plus difficile et plus laborieux qu'il ne le devrait être. Pour succéder à notre collègue Raymond MALLET dans ces fonctions qu'il remplissait si bien, vous avez heureusement trouvé en Mme le Dr THUILLIER-LANDRY le modèle des trésorières. Vos applaudissements ont exprimé tout à l'heure votre reconnaissance pour le zèle et le bonheur avec lequel Mme THUILLIER-LANDRY administre les finances de la Société. En plus des obligations de sa charge, souvent ingrate et qu'on ne saurait trop vous prier de lui faciliter le plus possible, elle fut pour le secrétaire général la plus indispensable des collaboratrices. Qu'elle veuille bien accepter, avec mes remerciements, le vœu de la voir longtemps remplir cette tâche pleine de dévouement.

M. Cl. VURPAS, qui préside l'Assemblée générale, adresse au Dr René CHARPENTIER les félicitations et les remerciements de tous pour l'œuvre qu'il a accomplie au secrétariat général de la Société et à la Rédaction des *Annales Médico-psychologiques*, et lui exprime le regret unanime de le voir quitter ces fonctions.

Election du Bureau pour l'année 1936

Conformément à l'article 5 des Statuts et à l'article 36 du Règlement, le Bureau, renouvelé chaque année, est élu par la Société, parmi les membres titulaires, à la majorité absolue, en séance publique, au scrutin secret.

Seuls, les membres titulaires et les membres honoraires ont le droit de vote aux diverses élections de la Société.

Président

M. le Dr Cl. VURPAS, vice-président, devient, de droit, *président* de la Société pour l'année 1936.

Election du vice-président

Nombre de votants 29
Majorité absolue 15

Ont obtenu :

M. René CHARPENTIER ..... 26 voix.
Bulletin blanc et bulletins nuls ..... 3 —

M. le Dr René CHARPENTIER est élu *vice-président* de la Société pour 1936. Conformément à l'article 5 des statuts, il sera, de droit, président de la Société Médico-psychologique pour l'année 1937.

©BIUM

Election du secrétaire général

Nombre de votants 26
Majorité absolue 14

Ont obtenu :

M. Paul COURBON ..... 25 voix.
Bulletin blanc ..... 1 —

M. le Dr Paul COURBON est élu *secrétaire général* de la Société médico-psychologique.

M. Paul COURBON. — Je suis très sensible à l'honneur que vous venez de me faire en m'élisant au secrétariat général de notre Société et je vous en remercie.

Certes, je n'ai jamais brigué ce poste, trop conscient que je suis de la difficulté des fonctions qu'il comporte et de l'inégalable perfection avec laquelle elles étaient exercées par celui qui les abandonne aujourd'hui.

Si j'ai néanmoins laissé le Bureau proposer ma candidature à vos suffrages, c'est que je pense que, conformément au désir que j'exprime, d'accord avec le Bureau et un grand nombre de nos collègues, René Charpentier acceptera de conserver la direction des *Annales* et de rester ainsi en contact permanent avec nous, car une expérience vieille de plus de 30 ans m'a appris que je pouvais compter sur son amitié toujours fidèle et sur ses conseils toujours sages.

D'autre part, une autre expérience, vieille également de nombreuses années, m'a prouvé que votre bienveillance m'était acquise dans une très large mesure.

Dans ces conditions, je refoule mes scrupules et j'accepte la tâche que vous voulez bien me confier, espérant réussir, grâce à tous ces appuis, à la mener à bien.

Aucune modification ne sera donc apportée à notre Société. La même main continuera à la conduire vers sa destinée. Seul le gant sera changé. Je vous promets de faire tous mes efforts pour que vous ne vous aperceviez pas trop que c'est un gant de laine grossière qui a remplacé le plus soyeux des gants de velours.

Election du trésorier-archiviste

Nombre de votants 29
Majorité absolue 15

Ont obtenu :

Mme le Dr THUILLIER-LANDRY ..... 28 voix.
Bulletin blanc ..... 1 —

Mme le Dr THUILLIER-LANDRY est réélue *trésorière-archiviste* de la Société Médico-psychologique.

©BIUM

Election de deux secrétaires des séances

Nombre de votants	29
Majorité absolue	15

Ont obtenu :

M. le Dr Paul ABÉLY	28	voix.
M. le Dr CARRETTE	27	—
M. le Dr GUIRAUD	1	—
Bulletins blancs	2	—

MM. les Drs Paul ABÉLY et P. CARRETTE sont élus *Secrétaires des séances* de la Société Médico-psychologique.

Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1936

Le *Bureau* de la Société est donc ainsi constitué pour l'année 1936 :

Président : M. le Dr Cl. VURPAS.
Vice-président : M. le Dr René CHARPENTIER.
Secrétaire général : M. le Dr Paul COURBON.
Trésorière-Archiviste : Mme le Dr THUILLIER-LANDRY.
Secrétaires des séances : MM. les Drs Paul ABÉLY et P. CARRETTE.

Conseil d'Administration

Conformément à l'article 5 des Statuts, pendant l'année 1936, en s'adjoignant les présidents des deux années précédentes, MM. Roger MIGNOT et Th. SIMON, le Bureau se constituera en *Conseil d'Administration.*

Commission des Finances

Conformément à l'article 8 du Règlement, une Commission spéciale est chargée de recevoir, chaque année, dans la seconde quinzaine de décembre, le compte rendu de la gestion de la trésorerie.

MM. les Drs PACTET et CAPGRAS sont réélus *membres de la Commission des Finances.*

Annales Médico-Psychologiques

Sur la proposition de M. Paul COURBON, élu *Secrétaire général,* et du Bureau de la Société, à l'unanimité des membres présents, la Société exprime le désir que M. René CHARPENTIER conserve la direction des *Annales Médico-psychologiques.*

©BIUM

Prix de la Société Médico-Psychologique

Le Secrétaire général rappelle que le délai pour le dépôt des candidatures et des mémoires pour les prix à décerner en 1936 par la Société Médico-psychologique expire le 31 décembre 1935. Toute demande parvenue au Secrétaire général après cette date ne pourrait, éventuellement, participer qu'au Concours de 1937.

SÉANCE ORDINAIRE

Présidence : M. Th. SIMON, président

Un cas d'hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique,

par MM. TRILLOT et DUCOUDRAY (d'Albi).

Le malade dont nous vous exposons aujourd'hui l'observation est interné à l'Asile d'Albi depuis le 9 juillet 1919 ; il y est entré à l'âge de 38 ans, avec le certificat suivant, délivré par son médecin, le Dr Pradal, de Béziers :

« M. D. présente depuis deux ans environ, un affaiblissement progressif et profond de ses facultés mentales. Antérieurement, M. D., quoique d'une intelligence inférieure, avait cependant des choses de l'existence une notion suffisante pour se conduire et évoluer facilement dans le milieu familial. Doué d'une bonne mémoire, il se livrait, en effet, à la lecture des classiques, en particulier de l'histoire et possédait à un degré moyen la connaissance du calcul usuel ; il avait enfin la conscience très nette de sa personnalité et marquait très judicieusement sa volonté quand il le jugeait à propos. Aujourd'hui, M. D. est, au point de vue intellectuel, réduit à bien peu de chose, il ne sait plus se guider et vit exclusivement de la vie végétative, mangeant et buvant ce qu'on lui donne, sans se préoccuper de chercher lui-même sa nourriture. Dans la rue, il ne sait pas se garer, et, s'il était seul, se laisserait facilement écraser par une voiture ou un tramway. »

Les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, établis par le Docteur Pailhas, notent : « Démence précoce à forme non délirante avec atonie globale des facultés psychiques. Malade vivant de plus en plus à l'état d'automate manœuvré par des instincts. Taci-

©BIUM

turne, doucereux, souriant, docile, indifférent à tout sauf à de certains jours où n'importe quoi lui sert de prétexte à s'irriter ou à manifester violemment ses impressions du moment. »

Nous ne pouvons que résumer l'observation de ce malade constamment tenue à jour, avec un soin minutieux, en des termes parfaitement descriptifs, par notre prédécesseur, le Dr Pailhas.

Le malade vient se ranger à la visite comme un « bonhomme articulé », il se tient debout la plupart du temps, immobile, limitant ses mouvements à une promenade sur un trajet très restreint, toujours le même.

Il frappe par son indifférence et son inaffectivité.

Ses mouvements et ses attitudes sont stéréotypés.

Inerte, le plus souvent, il ne sort de son inertie que pour se livrer à des raptus impulsifs assez rares, au cours desquels il lacère ses vêtements parce qu'il les a salis.

« Petites manières d'enfants ».

Gâtisme par négativisme.

Affaiblissement intellectuel, mais conservation insolite des pouvoirs de fixation mnésique des menus détails de la vie courante.

A diverses reprises, le Dr Pailhas observa cette conservation de la mémoire et l'observation est fleurie de nombreuses épreuves auxquelles il soumit le malade jusqu'en 1928. Avant de l'interroger, le Dr Pailhas ne manquait pas de lui poser la question préalable : « Monsieur D. êtes-vous disposé ? » Si le malade répondait négativement, il était inutile d'insister, car on se heurtait à un mutisme complet ou à des réponses erronées.

Sur les conseils de notre prédécesseur, nous avons examiné avec soin M. D. et nous avons cru intéressant de vous signaler cette persistance de la seule faculté mnésique chez un hébéphrénique ancien, âgé actuellement de 54 ans.

M. D. se présente à nous d'une façon calme, le faciès rosé inexpressif, à peine éclairé par un sourire niais, toujours le même, l'attitude est figée en flexion, les mouvements de balancement des bras lors de la marche sont nuls. Il ne parle pas spontanément et répond à nos questions d'une voix basse et monotone.

Il exécute tous les ordres que nous lui donnons, mais d'une façon brusque. Ses mouvements sont rares ; il passe des journées entières dans la même attitude, debout, à la même place, ne se déplaçant que dans un espace restreint, comme le décrivait le Dr Pailhas.

Le plus souvent, D. montre une indifférence affective absolue ; cependant, parfois, il se livre à des raptus impulsifs au cours desquels il lacère ses vêtements, il lui arrive d'avoir des mouvements de colère.

L'orientation est parfaite dans le temps, dans l'espace et sur sa personne.

Tous les processus intellectuels : activité idéique, association des idées, jugement, raisonnement, sont presque abolis ou tout au moins

©BIUM

ne se manifestent pas. Seule la mémoire est conservée et c'est là le leit-motiv de cette présentation ; nous reviendrons un peu plus loin sur ce point.

Absence d'hallucinations et d'idées délirantes.

A l'inactivité psychique du malade se superpose une inactivité physique presque totale : il ne se livre à aucune occupation, ne lit pas, n'écrit jamais. Tout ce qui lui reste d'activité motrice lui sert à exécuter les actes nécessaires à la vie : manger et boire ce qu'on lui donne.

D. présente quelques éléments moteurs catatoniques : c'est tout d'abord le maniérisme signalé par le Dr Pailhas lorsqu'il parle des « petites manières d'enfants ». La physionomie de D. s'éclaire par moments d'une sorte de sourire niais, non motivé. Sa voix presque basse et sans intonation, comme nous l'avons décrite au début, est celle d'un enfant craintif et timide.

Les réponses sont accompagnées de mouvements stéréotypés, toujours les mêmes. Avant de parler, il commence par dodeliner de la tête, puis il émet sa réponse en remuant les bras qu'il rapproche l'un de l'autre.

D. présente en outre un tremblement digital assez marqué, assez rapide, à oscillations peu amples.

Enfin, on constate chez lui le signe de la poignée de main, et le signe du réflexe rotulien de Maillard.

Au point de vue somatique, on note des troubles vaso-moteurs avec cyanose et refroidissement des extrémités, et de l'exagération des réflexes tendineux.

En somme, D. présente un syndrome de démence précoce avec affaiblissement intellectuel évoluant depuis plus de 18 ans.

Ce qui semble intéressant chez ce vieil hébéphrénique, c'est la conservation de la mémoire que nous allons vous exposer maintenant.

La fonction de fixation mnésique a un domaine limité ; les faits que D. peut graver dans sa mémoire n'ont pas une grande envergure et cela tient à l'ignorance du malade quant aux événements extérieurs à l'asile. Il ne fixe que les menus faits de la vie quotidienne : entrée d'un malade dans son quartier, arrivée à l'asile d'un nouveau médecin, d'un nouvel infirmier, menu des repas par exemple. Nous avons essayé de lui faire lire un fait divers afin d'étudier la capacité de fixation, cette épreuve ne donna aucun résultat ; au lieu de lire à haute voix le texte proposé, il émit des propos incohérents ou mieux, une salade de mots sans rapport avec les lignes qu'il avait sous les yeux. Les autres épreuves ne donnèrent pas de meilleur résultat.

Les souvenirs fixés, D. les conserve parfaitement ; il peut dire

©BIUM

très exactement la date d'arrivée d'un malade, d'un surveillant, etc., précisant, non seulement l'année, le mois et le quantième du mois, mais le jour de la semaine. Nous aidant d'un calendrier, nous avons pu contrôler avec quelle précision il indiquait le jour de la semaine correspondant à une date ultérieure prise au hasard et cela pour des époques remontant à plusieurs années, 7 ou 8 ans. Cependant, il semble que, depuis quelques mois, la mémoire de D. soit devenue moins infaillible qu'auparavant. Lorsque les faits remontent à plus d'une dizaine d'années, il arrive qu'il réponde « je ne sais pas ». Mais précédemment, il donnait des réponses parfaitement exactes à toutes les épreuves, sauf lorsqu'il n'était pas disposé ou que la présence d'une tierce personne, inconnue de lui, l'intimidait.

Notons, pour être complets, que les souvenirs de l'enfance et de l'adolescence ne dépassent pas la précision de ceux des personnes normales.

L'évocation de ces souvenirs se fait très rapidement en moins de cinq secondes.

Par quel mécanisme intellectuel arrive-t-il à répondre avec autant de précision aux problèmes mnésiques qui lui sont soumis ? D., interrogé, déclare invariablement : « je le devine. » Y a-t-il calcul ? Cette hypothèse ne semble pas vraisemblable étant donné la rapidité de l'évocation et l'impossibilité où se trouve le malade de résoudre la moindre opération arithmétique telle que: 77 + 32 + 25.

Il semble qu'il y ait là un phénomène analogue à l'hypermnésie décrite chez certains imbéciles, véritables répertoires chronologiques.

Cette observation nous a paru présenter quelque intérêt à cause de cette sorte d'hypermnésie localisée à des faits de peu d'importance chez un sujet présentant un affaiblissement très important de toutes les autres facultés intellectuelles.

La mémoire de fixation est conditionnée par le désintérêt, l'incuriosité du sujet qui ne cherche pas à connaître les faits extérieurs à l'Asile ; elle ne s'exerce que sur des faits insignifiants qui ne laisseraient aucune trace chez un individu normal. Alors que le dément précoce, ordinairement, enregistre un peu au hasard des faits dénués d'intérêt, D. fixe, d'une façon élective, des éléments chronologiques.

La fonction évocatrice de la mémoire ne présente pas les troubles capricieux rencontrés habituellement chez le Dément Précoce. L'évocation des souvenirs conservés se fait rapidement, sans effort.

©BIUM

Enfin, la mémoire de conservation, normale pour les souvenirs antérieurs à l'internement — voire inférieure à la normale pour les acquisitions scolaires — semble, au contraire, hypertrophiée pour les souvenirs enregistrés depuis l'internement.

C'est pourquoi nous avons pensé être autorisés à donner à cette observation le titre de « Un cas d'hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique ».

Avances érotiques de conciliation, moyens de défense d'une paranoïaque schizoïde, par MM. Paul COURBON et FEUILLET.

La malade que vous allez voir a déjà été présentée à la séance du 14 mars dernier par MM. Simon et Ferdière, sous le titre d'un cas d'exhibitionnisme féminin par délire d'interprétation. Nous la ramenons aujourd'hui après une observation minutieuse de 9 mois pour confirmer entièrement l'opinion de ces auteurs, et affirmer avec eux que l'excitation sexuelle et la recherche de la volupté ne sont pour rien dans ces actes érotiques.

Les actes qui ont nécessité l'internement de cette Autrichienne et qu'elle renouvelle perpétuellement, en dépit de nos efforts de psychothérapie coercitive, ont pour but de désarmer la malveillance des Français, par l'adoption de leurs mœurs prétendues bisexuelles.

Il s'agit donc d'avances érotiques faites par une paranoïaque pour se concilier ses persécuteurs.

Cette femme est une Viennoise âgée de 49 ans, mère de deux enfants que les grands-parents élèvent en Alsace, divorcée d'un Alsacien depuis 11 ans. Très intelligente, très instruite, très cultivée, douée pour le dessin d'un grand talent, elle menait à Paris avec la petite pension de son mari une vie d'artiste, modeste mais heureuse, lorsqu'il y a trois ans, elle crut constater une méfiance générale à son égard. Elle fut internée le 25 décembre 1934 à la suite de diverses plaintes portées contre elle pour attentats à la pudeur. Malgré son âge, elle n'a pas encore atteint la ménopause et est réglée régulièrement.

Renvoyant à la communication si claire et si exacte de MM. Simon et Ferdière, nous nous efforcerons tout d'abord de montrer par leur analyse que les actes sexuels ne correspondent à aucune impulsion sexuelle véritable ; ensuite, d'établir qu'ils sont apparus secondairement à l'éclosion du délire paranoïaque ; après, de prouver que, malgré l'édification de cette doctrine du bisexualisme français, il n'y a aucun affaiblissement intellectuel ; enfin, d'expliquer par l'existence d'une constitution schizoïde la parfaite tolérance de l'internement.

©BIUM

I. Les actes sexuels avant l'internement ont consisté en propos obscènes avec retroussement de sa propre jupe devant des hommes ou des femmes, et en tentatives de caresses par introduction de sa main dans la braguette des uns et sous la robe des autres.

Ces avances, faites dans la rue ou dans les escaliers des maisons, furent le plus souvent repoussées avec injures et même coups. Quelques-unes, bien accueillies par certains hommes, se terminèrent dans un hôtel ou dans la chambre de l'intéressée, par un coït vaginal ou parfois buccal, et lui valurent la syphilis.

Une seule des avances faites aux femmes fut acceptée par la domestique de l'hôtel où elle demeurait. Cette domestique était entrée dans la chambre alors que la malade était encore au lit. Celle-ci lui sourit en se découvrant. Aussitôt, l'arrivante se précipita sur ce qu'on lui offrait et prodigua des caresses lesbiennes qui lui furent rendues séance tenante. La malade avoue avoir dû pour cela vaincre la répugnance que lui inspiraient la bouche édentée, les traits grossiers et la malpropreté du linge de sa partenaire.

Les actes sexuels depuis l'internement ont été, à l'égard des médecins, internes, infirmières et malades, les mêmes entreprises que celles auxquelles elle se livrait en liberté sur les passants. S'y ajoutent les prosternations lesbiennes au-dessus des malades dont elle découvre le lit.

Ces actes sont quotidiens. Rien n'a pu les réfréner, ni le passage dans les quartiers de gâteuses et d'agitées, ni la mise à l'isolement, ni la suppression des livres et des crayons, ni la suppression de la correspondance, ni les semonces, ni les menaces, ni l'expression la plus violente du mépris et de la répulsion.

Aucune sélection n'est identifiable dans le choix des partenaires. Des femmes laides, vieilles, à allure revêche, ou austère, en sont l'objet aussi bien que des filles jeunes, jolies, à allure aguichante ; des infirmières aussi bien que des malades ; des démentes aussi bien que des délirantes. Les homosexuelles qui recherchent sa compagnie ne sont pas spécialement recherchées par elle.

Ce qui provoque l'avance érotique, c'est uniquement la facilité matérielle de son exécution, car aucune précaution n'est prise pour assurer le déroulement tranquille des actes que l'entreprise devrait normalement déclencher. Sans souci de la présence ou de l'absence de témoins, elle profite de l'occasion qui se présente : du croisement d'une compagne dans l'escalier, de l'ascension d'une infirmière sur une chaise pour laver les fenêtres, du passage devant une alitée dont la couverture glisse, de l'arrivée devant le médecin qui veut l'interroger, de l'inclinaison d'une femme qui rattache le lacet de son soulier, etc.

On constate le même manque de préparation des circonstances psychologiques, chez ses partenaires et chez elle-même. Aucune cour ne précède ses attaques. Et elle ne tend pas de guet-apens. L'occasion

©BIUM

semble faire naître des gestes non prémédités, car elle est tout le temps occupée à dessiner, écrire ou lire..

Aucune des avances pratiquées à l'asile n'a eu de suite, non seulement à cause de leur publicité, mais encore parce que l'insistance de l'attaque s'arrête dès la première résistance. Même quand il y a capitulation, c'est sans enthousiasme qu'elle prolonge ses caresses avec les homosexuelles.

Aussi son homosexualité a-t-elle paru sans sincérité à toutes les personnes qui l'observèrent dans les différents quartiers où on l'a placée. Une hypomaniaque en régression, femme très intelligente et veuve de médecin, nous disait d'elle : « C'est une espionne boche qui simule pour faire plus aisément l'espionnage. »

Pas une seule fois, on ne l'a surprise se masturbant elle-même. Elle a passé, à sa grande joie, une partie de l'été, dans une cellule, avec jardin individuel, où elle est restée complètement nue, sans qu'une seule fois les infirmières qui l'épiaient aient pu la surprendre exécutant sur soi le moindre geste équivoque. « Elle a de mauvaises manières, dit-on. Mais elles ne sont pas sérieuses comme le sont les manières des homosexuelles. Elle n'est pas vraiment excitée comme elles. »

En résumé, ce n'est pas pour leur volupté spécifique que ces actes sexuels sont accomplis.

D'ailleurs, il résulte de ses aveux que la volupté physique a toujours été chez elle extrêmement défaillante, pour ne pas dire absente. Ses amours furent surtout platoniques. Ses premiers coïts avec son mari ne lui donnaient que des sensations douloureuses par déchirements. Il lui reprochait sa froideur et son ignorance des caresses érogènes. Elle ne tarde pas à pleurer et à paraître sincèrement désolée quand elle évoque cette répugnance que lui causent les pratiques physiques qui donnent aux autres tant de jouissances.

Par contre, le caractère intellectuel du partenaire est le seul attrait véritable qu'elle trouve dans l'acte sexuel. Peu lui importe la beauté ou la laideur de son corps et de son visage si elle constate en lui une supériorité intellectuele, elle aura plaisir à, suivant son expression, « servir les exigences physiques qu'il imposera ».

« Je ne suis pas la sale femme que l'on prétend. J'ai passé l'âge où le besoin sexuel existe chez les femmes. Je suis à l'âge où l'on peut rester tranquille. Je me serais adressée à des homosexuelles si j'avais voulu des caresses. J'aurais fait payer les hommes à qui je m'adressais si j'avais le tempérament d'une raccrocheuse. Je n'ai pas de goût pour les actes sexuels. Il me serait facile de rester sans esquisser un seul geste équivoque, comme la plus pudique des religieuses, si je n'avais pas l'impression que vous-même, docteur, vous ne consentirez, en dépit de vos dénégations, à me soigner de ma syphilis que lorsque j'aurai fait preuve d'énergie, en renouvelant sans trève mes essais de pratiques bisexuelles », nous répète-t-elle inlassablement.

©BIUM

Cette importance qu'a pour elle l'élément intellectuel dans l'acte sexuel incline à l'hypothèse de l'existence d'une perversion : la recherche de la satisfaction produite par l'offense de la pudeur d'autrui. Cette hypothèse est à rejeter, pour l'excellente raison que la malade ne croit pas à la pudeur de son entourage. « Je ne cherche rien autre que le dévouement et l'amitié que les autres ont entre eux », dit-elle.

De tout ce qui précède, on peut donc conclure qu'aucune de ces avances érotiques n'a pour impulsion la recherche d'un plaisir sexuel normal ni pervers. Force est de leur reconnaître une autre cause, cause dont l'action soit permanente et impérieuse, puisque ces avances continuent à être exécutées, malgré tout le dommage réel qu'elles entraînent : syphilis, séquestration, coercition. Et cela nous amène au deuxième point de notre projet : la considération de sa conduite paranoïaque.

II. Alors que les actes sexuels ne datent guère que de 18 mois, elle avait depuis plusieurs années constaté un changement dans la cordialité des personnes qui l'entourent, changement qui est allé en s'accentuant.

Depuis trois ans, et sans savoir pourquoi, elle a été renvoyée des diverses places lucratives qu'elle avait pu se procurer, ses tableaux ont été de moins en moins payés ; les gens, à son approche, n'avaient plus la même attitude qu'avant ; elle avait l'impression que toutes les collectivités : membres d'une administration, habitants d'un immeuble, consommateurs d'un restaurant, etc., formaient entre eux une unité dans laquelle on l'empêchait de pénétrer. Elle n'avait pas l'impression qu'on était ligué contre elle pour la persécuter, mais qu'on faisait partie d'une convention à laquelle elle ne participait pas. Si elle allait à l'hôpital, on la faisait attendre longtemps avant de l'appeler.

Elle ne comprit pas tout d'abord la raison de cet ostracisme. Elle fut mise sur la voie de la découverte par certaines constatations : la concierge, au lieu de mettre la boucle de sa ceinture par-devant, la mettait par-derrière. Cela voulait dire que la morale française était l'inverse de la morale que ses parents, prudes israélites à vieux principes bourgeois, lui avaient enseignée.

Elle se rappela certaines circonstances : des patrons qui l'avaient fait monter dans leur bureau pour lui donner un ordre et qui avaient eu l'air d'attendre quelque chose. Parfois, elle avait, et elle a encore, l'impression que certains individus sont tout naturellement portés à la sympathie pour elle, mais qu'ils réfrènent leurs élans comme si elle devait oser quelque chose pour qu'ils leur donnent libre cours.

Insensiblement, elle en est venue à avoir le sentiment que si elle servait physiquement les gens, elle aurait la clef du mystère qui l'isole des autres ; elle s'est efforcée de vaincre sa timidité.

©BIUM

Et voilà comment les interprétations paranoïaques finirent par déterminer les agressions, d'abord hétérosexuelles, puis homosexuelles, qu'elle continue à pratiquer.

Le récit qu'elle fait des progrès de sa découverte est entrecoupé de sanglots lorsqu'elle évoque l'époque où, ignorant encore ce dont il s'agissait, elle se sentait repoussée par tout le monde, même par ceux ou celles qui auraient dû lui rendre la sympathie qu'elle avait pour eux.

Enfin, la lumière se fit. Les Français l'exclurent de leur communauté parce qu'elle ne pratique pas leur bisexualisme. La sympathie réciproque ne s'acquiert entre eux que par cette pratique, et surtout par l'art de s'y livrer sans qu'on s'en aperçoive, c'est le « jeu latin ».

Du jour où elle découvrit cette vérité, elle résolut d'adopter le bisexualisme. Ayant constaté qu'elle ne peut pas l'exercer avec la virtuosité nécessaire, elle espère y suppléer par sa bonne volonté et sa ténacité. Ses maladresses lui valent des rebuffades qu'elle accepte sans découragement, car elles sont pour son bien. Ainsi, elle accroît son énergie et finira par triompher de la malveillance des autres.

III. Il convient de se demander maintenant si un tel raisonnement et une telle conduite, qui sont de date relativement récente, ne trahissent pas un début d'affaiblissement prédémentiel.

Nous répondons carrément non. La finesse des réparties, la justesse des jugements pour tout ce qui ne concerne pas le délire, la vivacité et la précision des réponses, l'adresse à éluder les difficultés, l'opportunité des citations littéraires ou philosophiques en plusieurs langues sont tout à fait remarquables. Les arguments et les explications sont d'une adroite subtilité.

Elle aime la discussion et l'auto-analyse. Comme l'a bien noté M. Guiraud lors de la précédente présentation, elle a une logique de conférencière. S'il est vrai qu'elle se passionne pour sa conférence, qui porte sur ses pratiques sexuelles, ce n'est pas pour justifier des actes qui seraient une quête de voluptés, c'est pour triompher de la découverte dont ils sont la preuve, découverte qui lui donne à la fois les raisons de la malveillance d'autrui et les moyens de la vaincre.

Quant à sa conviction du bisexualisme des Français, elle n'est pas chez une compatriote de Freud aussi extravagante qu'elle paraît. Tous les Germains font aux Français la réputation d'être le peuple le plus voluptueusement libertin : « Französisch sprechen », parler français, signifie se servir de la langue comme d'un organe sexuel. Un banquier de Francfort racontant avoir fait le tour du monde et fréquenté les maisons de prostitution de l'univers, déclarait à l'un de nous que la Française est de toutes les femmes celle qui sait le mieux faire l'amour. On peut donc dire que, dans le cerveau de cette Viennoise, la doctrine du bisexualisme français est née comme un enfant naturel ayant pour mère la légende germanique du libertinage français et pour père le dogme freudien du pansexualisme.

©BIUM

IV. L'état de l'affectivité de la malade apparemment plus atteint serait de prime-abord plus inquiétant.

En effet, cette mère de famille supporte avec une étonnante résignation l'internement, ne réclamant jamais spontanément sa sortie. Elle n'est visitée que rarement et elle se contente des lettres de ses deux enfants qu'elle n'a pas revus, l'un depuis deux ans, et l'autre depuis six mois.

Elle n'aborde guère le médecin que pour lui rappeler qu'elle a la syphilis, qu'il faut la soigner pour qu'elle ne devienne pas paralytique générale, et qu'il faut s'assurer par des analyses biologiques de l'efficacité du traitement. La dernière ponction lombaire du 18 septembre dernier a été négative comme toutes les autres.

Cela prouve que son insouciance apparente n'est pas de l'indifférence. Elle entretient une correspondance particulière avec diverses amies. Dans de longues lettres elle demande des renseignements sur ses enfants aux personnes qui en sont chargées et leur donne d'opportuns conseils. Elle s'inquiète de ce qui se passe chez ses correspondants et donne à tous l'illusion d'être parfaitement saine d'esprit.

Elle lit des journaux et des romans. Elle dessine. Elle discute si elle en a l'occasion. Elle n'est jamais oisive.

Toute sa vie, elle a eu ce détachement des contingences réelles qui en a fait une déplorable ménagère, une prétentieuse intellectuelle et une véritable artiste. Ce n'est qu'au jour de son divorce qu'elle a connu le régime sous lequel elle était mariée. Jusqu'à ces toutes dernières années, nous dit son fils, elle menait une vie monacale entre ses crayons et ses livres.

Un jour que nous nous apitoyions sur le triste emprisonnement auquel elle se condamnait elle-même, par son obstination à vouloir appliquer ses théories, elle nous consola en disant : « Je ne suis pas tellement malheureuse : je dessine et je fais de la psychologie sur autrui. »

En somme, c'est une schizoïde et sa schizoïdie explique l'absence de toute réticence de délire et l'adaptation parfaite à l'internement.

En résumé et pour conclure, il s'agit d'une Autrichienne de tempérament frigide, de constitution schizoïde et imbue de doctrine pansexualiste freudienne qui, atteinte à 45 ans, en plein Paris où elle habite depuis longtemps, d'un délire paranoïaque de persécution, attribue la malveillance d'autrui à un non conformisme moral, imagine que le bisexualisme est l'usage auquel elle ne se conforme pas et décide désormais de le pratiquer pour faire cesser l'hostilité publique.

Telle est la représentation que l'on peut se faire de la conscience de cette malade en dégageant, de maints raisonnements accessoires, le système idéo-affectif qui règle sa conduite.

©BIUM

La malade est introduite. Elle commence par soulever ses jupes jusqu'à la ceinture, puis expose sa théorie avec aisance, précision et enjoûment. Elle répond avec une opportunité parfaite aux interrogations de plusieurs membres de la Société, notamment de MM. Georges DUMAS et Charles BLONDEL. A un moment donné, elle esquisse sur le médecin qui lui parle le geste qu'elle avait accompli sur le commissaire. Elle explique à M. RONDEPIERRE, qui avait demandé si elle n'était pas sujette à des accès de manie et d'insomnie, qu'au contraire elle a un sommeil excellent. Au bout d'une conversation, ou plutôt d'une discussion de plus de 20 minutes avec l'entourage, elle se retire ayant donné à tout le monde la preuve que son intelligence n'était pas le moins du monde affaiblie, et ayant eu une conduite en tous points conforme à la description faite par les auteurs.

Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans,
par M. G. BLECHMANN.

En février 1933, notre confrère P. accompagnait à notre consultation un garçon de 11 ans, dont l'observation n'avait pas été sans le troubler pendant de longues semaines.

Depuis deux mois et demi, à la suite de grippe, l'enfant faisait de la fièvre sans qu'on en trouvât la cause. Cette feuille de température, par un simple coup d'œil, vous prouvera combien étaient légitimes l'anxiété du praticien et les craintes de la famille.

Dès le préambule, le cas nous parut d'une complexité extrême.

En ce qui concerne les antécédents familiaux, la mère se plaignait d'une vieille névrite ; l'une de ses sœurs était névropathe et amnésique. Le père, rhumatisant depuis la guerre, avait comme ascendants, un bronchiteux chronique et une migraineuse. Quatre enfants étaient issus du mariage. L'aînée, âgée de 18 ans, était soignée comme nerveuse et se plaignait souvent de la tête ; une fille suivait, bien portante ; puis un garçon qui, à 15 ans, présentait encore de l'énurésis nocturne ; enfin, le dernier était notre petit malade.

Les antécédents personnels de celui-ci étaient sans grand intérêt.

Vers l'âge de 4 ans, il est traité pour une adénite cervicale aiguë et il est opéré des amygdales et végétations un peu plus tard. A 8 ans, une crise d'appendicite oblige à une intervention d'urgence. Enfin, en janvier 1933, survient la grippe avec réaction amygdalienne qui paraît avoir déclenché l'évolution fébrile pour laquelle nous sommes consulté.

On nous raconte également que le jeune patient est sujet aux maux de tête ; que son intelligence est éveillée, mais que les notes scolaires sont assez moyennes.

©BIUM

Il semble habituellement « nerveux » lui aussi et son sommeil est agité.

D'autre part, dans l'entourage immédiat, on ne signalait aucune personne malade ou suspecte.

Tous ces renseignements ne paraissant guère utilisables, il fallait reprendre pas à pas l'histoire de la maladie.

Donc, depuis plusieurs jours, l'enfant était légèrement grippé et les amygdales un peu enflammées quand, dans la soirée du 17 janvier, la fièvre monte à 38°6, puis commence une série d'oscillations thermiques très accentuées que l'on constatera sur la feuille de température, et ainsi *pendant deux septénaires.*

Le faciès paraissait plutôt gai, avec langue bonne, mais le pouls était *dissocié.* C'est à peine si l'enfant s'était plaint de céphalée (?). On signalait chez lui de la constipation qui existait d'ailleurs antérieurement : jamais de *parasites* n'avaient été constatés dans les selles.

Les phénomènes grippaux du début ne devaient pas se compliquer d'*otite* ni d'aucun symptôme permettant de penser à une *sinusite* ou à une *mastoïdite* latentes.

Cependant, au bout de 10 jours de fièvre oscillante sans tuphos, sans troubles digestifs, sans taches rosées, sans grosse rate, le diagnostic de *fièvre typhoïde* ou *paratyphoïde* alors envisagé semblait s'étayer assez mal.

Pour éliminer une *typhobacillose,* on pratique un examen radiologique du thorax : le médiastin ne montre aucune ombre hilaire ou péri ou parahilaire ou scissurale, ni le moindre indice de désintégration d'un foyer de congestion ou d'hépatisation survenu au cours d'une *pneumococcie latente.*

Un confrère homéopathe appelé reste dans l'expectative et prescrit *sulfur :* si la médication reste infructueuse, une hémoculture devra être effectuée.

Quelques jours après, le laboratoire est alerté, mais à l'heure habituelle du clocher hyperpyrétique, le thermomètre ne marque plus que 38°7 et l'on renonce à l'hémoculture.

La défervescence paraît amorcée, quand, après une semaine de trêve, l'enfant redevient subfébrile, puis la fièvre repart avec ses oscillations.

Cette fièvre à type récurrent, puisque c'était son deuxième cycle, entraînait à envisager la *fièvre de malte* ou *fièvre méditerranéenne.* Mais l'enfant n'avait pas quitté l'ouest de la banlieue de Versailles depuis le retour des vacances. Il n'avait jamais consommé de lait ou de fromage de chèvre.

Au moment où l'on va pratiquer une hémoculture et un séro-diagnostic, pour la seconde fois, la défervescence se reproduit de nouveau.

©BIUM

Et l'on paraît tenir le bon bout, car, pendant plus de trois semaines, la température vespérale n'atteint plus au maximum que 37°9 ou 38°, puis 37°6.

Or, une *troisième onde fébrile* devait commencer le 18 mars. Le 21 mars, sans attendre la température optima, on pratique divers examens qui sont tous négatifs : l'hémoculture, le séro-diagnostic à l'Eberth, aux para. A et B, au mélitococcus, ainsi que la cuti-réaction à la tuberculine.

Les oscillations thermiques repartaient de plus belle, pour aboutir à 40°6 et ainsi jusqu'à la veille du jour de notre examen...

L'enfant était de poids et de taille au-dessus de la normale et bien musclé. Le teint rosé, il paraissait légèrement ému et son pouls (sans doute en rapport avec la montée fébrile) marquait 96 ; la langue était un peu blanche et les paumes assez moites.

Les muqueuses étaient d'une coloration parfaite (on n'avait jamais signalé d'hémorragie), et aucun ganglion n'était hypertrophié ni au cou, ni dans les aisselles, ni dans les aines.

Le ventre était souple et l'on ne sentait ni grosse rate, ni gros foie. La palpation des loges rénales était négative. En toute évidence, on ne pouvait découvrir de signes d'endocardite.

Les amygdales étaient à peine proéminentes et l'on percevait avec difficulté d'infimes ganglions angulo-maxillaires.

Avec une voûte palatine profondément ogivale, nous notons plusieurs caries, en particulier des molaires de 6 ans. Mais rien ne permettait de penser à une infection gingivale ou dentaire comme point de départ d'une septicémie à rechutes. Jamais on n'avait signalé de furoncle ou de folliculite.

Il ne pouvait être question de *paludisme*.

D'autre part, les urines avaient été examinées à plusieurs reprises et l'on pouvait éliminer une *colibacillurie* même intermittente.

Nous nous décidons à vérifier nous-même la prise de température : l'enfant bien posé à plat sur le ventre et l'instrument introduit dans l'anus et fixé par la main d'une infirmière, nous écartons nous-même l'une de l'autre les fesses du jeune garçon.

Nous faisons vérifier à chacun des témoins de la scène la température qui marquait effectivement 37°2, et nous développons alors notre conviction qu'il s'agit d'un cas de simulation de fièvre dont nous n'avons pas connaissance à cet âge, mais à plusieurs reprises, l'exemple typique s'en était présenté à nous durant notre carrière hospitalière.

Nous passons à la contre-épreuve en laissant l'enfant dans le salon d'attente pendant une heure, et, dans des conditions identiques, on remet le thermomètre qui reste à 37°3.

La partie d'ailleurs était jouée. La fièvre disparut, sauf précisément, lorsqu'on laissa par deux fois le thermomètre dans les mains de l'ex-patient ; grâce à ses manœuvres, la température atteignit 39°

©BIUM

et 39°3, et, reprise sous surveillance peu d'instants après, elle n'était qu'à 37°6.

Après cette séance, nous devions nous rencontrer de nouveau — sans l'enfant — avec les parents et le confrère. Tout d'abord, l'étude de la feuille de température montra que chaque fois que l'on parlait de pratiquer une hémoculture, la température baissait au point qu'on y avait renoncé à deux reprises. Quelle conduite fallait-il tenir en présence de ces anomalies du caractère, de cette tendance pithiatique à la mythomanie et au mensonge ?

Le mobile était complexe sans doute, où se mêlait à une certaine fierté de donner prise à l'angoisse des proches, le contentement de réaliser un record d'école buissonnière. La mise au point des « caprices » du thermomètre, suivant l'expression maternelle, fut sans doute fortuite, comme pour les premiers truqueurs qui employèrent le procédé dans les hôpitaux civils ou militaires !

On remit l'enfant en classe, et il reprit sa vie habituelle et sans alerte.

Nous avions recommandé le silence absolu en évitant la moindre apparence de sanctions, pensant qu'il était plus salutaire et plus perspicace d'avoir l'air de garder le secret entre le délinquant et nous-même, par une sorte d'accord tacite.

On pourrait épiloguer longtemps sur ce cas.

Aurait-on dû pratiquer plus tôt certaines recherches, la réaction à la tuberculine et à la mélitine ? L'énigme n'en aurait pas été résolue plus vite.

Nous pensons que les psychiatres nous apporteront un avis précieux sur le pronostic mental de ce petit patient.

M. Roger Anglade. — J'ai constaté l'existence d'une fièvre essentielle allant jusqu'à plus de 41°, et non simulée, qui dura plusieurs jours et qui ne céda que par la contresuggestion, en donnant naissance à une paraplégie qui, elle aussi, guérit en quelques jours. Cela chez une infirmière de l'asile de Breuty-la-Couronne. Ce cas est donc différent de celui de M. Blechmann où la fièvre était simulée. Le mien était identique à ceux dont Briquet fit le premier la description.

M. Minkowski. — On ne peut pas se prononcer, comme le demande M. Blechmann sur l'avenir mental de cet enfant, alors qu'on ignore presque tout de ses antécédents, des circonstances psychologiques de son acte, et du milieu dans lequel il vivait. Par elle-même, cette simulation de fièvre, même pendant 2 mois, n'est pas d'un pronostic sombre. On voit des enfants qui avaient commis des actes apparemment plus graves, comme des vols, devenir des adultes parfaitement normaux.

©BIUM

M. Georges DUMAS. — J'ai vu un cas analogue, il y a très longtemps, chez un enfant de 12 ans qui, à la fin des vacances de Pâques, simula une fièvre pendant 1 mois qui lui valut d'être renvoyé à la campagne. Au retour, il simula encore, pour ne pas aller en classe. Ayant fait monter son thermomètre au delà de 43°, il fut pris en flagrant délit de tromperie. Il la cessa. Et par la suite, il a fourni une carrière d'adulte aussi normale que celle de la plupart des gens.

Je crois qu'il vaut mieux, lorsqu'on a découvert la supercherie, ne pas forcer le sujet à des aveux, ne pas le démasquer. On lui fait comprendre l'impossibilité d'une cause pathologique au trouble présenté. Il cesse de lui-même. On lui évite ainsi une humiliation et on ne risque pas d'aggraver la situation en provoquant la résistance qu'il opposera, si son honneur est en jeu. M. Blechmann a donc bien fait d'agir comme il l'a fait. C'est ce que l'on s'efforçait de faire à l'égard des simulateurs en temps de guerre.

M. René CHARPENTIER. — Notre collègue, M. Fortineau, a eu l'occasion d'observer avec son père, le Dr Fortineau, de Nantes, un enfant qui simulait l'anurie. Cet enfant urinait dans un mouchoir qu'il essorait, en cachette, par la fenêtre. Sous des aspects divers et celui-là est assez exceptionnel, ces cas de mythomanie ou, comme disait Dieulafoy, de pathomimie, sont assez fréquents dans l'enfance.

M. BRISSOT. — Ces simulations ne sont pas par elles-mêmes d'un pronostic grave. Elles sont souvent dues simplement au désir de se rendre intéressant ou à l'imitation. C'est ainsi qu'un enfant de Vaucluse simulait les vertiges observés par lui sur un camarade. Je pourrais citer bien d'autres exemples.

M. COURBON. — Il ne faut pas prendre au tragique les petites simulations intéressées de l'enfance, car la plupart des gens normaux fouillant dans leur passé, avec sincérité pourraient en retrouver. Séduit vers l'âge de 9 ans par la fière allure que conférait le lorgnon à un camarade myope, je me souviens avoir prétendu, dans le vain espoir qu'on m'en accorderait un, ne pas pouvoir donner la rectitude aux lignes de mon écriture. Les mots savants de pathomimie et mythomanie ne conviennent pas à de telles supercheries quand elles sont inhabituelles et sans perversité. Le mot courant de mensonge est peut-être même trop sévère. L'expression figurée et familière de « carotte » leur convient mieux.

M. Georges DUMAS. — La simulation n'a un caractère inquié-

©BIUM

tant qu'autant qu'elle est coutumière et accompagnée de perversité. L'indifférence, par exemple, dont fait preuve l'enfant à l'égard de l'affolement que sa simulation provoque chez sa mère, fait craindre chez lui la perversité.

M. BLECHMANN. — De cette discussion et de celle qui a suivi ma communication dans une autre société où l'on a rapporté des simulations tellement graves qu'elles ont failli entraîner des opérations dangereuses comme la trépanation mastoïdienne, je conclus qu'il faut toujours songer à la simulation, lorsque la clinique est dans l'embarras.

Présentation de feuilles d'observation d'aliénation mentale. (Examen clinique. Modèle 1935), par M. Th. SIMON et Mlle P. PETIT.

L'un de nous a publié l'année dernière une adaptation des tests B. S. à l'examen des aliénés qui fournit sur ceux-ci, outre des renseignements de niveau mental, et par les à-côtés dont cet examen est l'occasion, un aspect du malade très particulier. La précision que l'usage de ces feuilles introduit dans l'observation des aliénés, et la minutie de l'analyse qu'elles permettent, sont choses incontestables pour qui a le maniement des feuilles en question. Elles nous ont à nous-mêmes beaucoup appris.

Nous continuions, d'autre part, à examiner nos entrants par la méthode clinique courante. C'est une méthode rapide, vivante, pittoresque et nous ne sommes pas sans hésitation, ni sans savoir les critiques au devant desquelles nous allons, en proposant autre chose. Toutefois, si l'on cherche, n'ayant utilisé que la méthode clinique, à comparer des malades successifs, on est amené aussi à se demander si elle n'a pas pour résultat d'accuser les différences plus que les points de contact, et de porter l'attention de façon trop exclusive sur des aspects particuliers qu'on grossit artificiellement. Alors nous sommes-nous décidé, pour changer, à dresser un schéma d'interrogatoire en nous proposant de le suivre quasi servilement.

Et puis nous avons aussi établi une fiche analytique des symptômes ainsi recueillis.

I. INTERROGATOIRE

Préparer à l'avance un questionnaire pour l'examen d'un aliéné est assez téméraire, et nous n'avons pas été longs à reconnaître la nécessité de l'assouplir. Il y avait à concilier deux obligations

©BIUM

contradictoires. Nous allons essayer de vous faire comprendre comment nous tournons la difficulté.

1. D'abord notre plan.

D'emblée, *deux questions banales et classiques :* nom et âge...

Ensuite, *une question d'ordre général :* que s'est-il donc passé ces temps derniers pour qu'on vous ait amené ici ?

Après quoi viennent cinq questions orientées sur les idées de persécution : Aviez-vous à vous plaindre de quelque chose ? Y avait-il des gens qui vous voulaient du mal ? Que faisaient-ils ? A-t-on cherché à vous empoisonner ? Qui était-ce ? Pourquoi tout cela ?

...Nous verrons tout à l'heure la disposition et en quoi consiste l'assouplissement de cette première page d'interrogatoire.

La *deuxième page* est réservée aux troubles sensoriels, auditifs, visuels, de la sensibilité générale, et à l'explication que le malade peut en proposer. En tout, neuf questions.

Troisième page, deux parties : questions relatives à l'humeur et à l'idée mélancolique ; — questions relatives à l'excitation maniaque euphorique et à quelques-uns de ses accompagnements.

Quatrième page, d'abord cinq questions sur les réactions ; — ensuite deux questions sur la date de début et l'arrêt du travail ; — enfin deux questions sur l'existence ou non d'accès antérieurs.

2. Nous passons maintenant à *l'assouplissement.*

Première page. La question : Que vous est-il arrivé pour qu'on vous ait amené ici ?... provoque habituellement des réponses assez différentes, et par suite oriente déjà l'esprit. En conséquence, et selon la réponse, on commencera ensuite l'interrogatoire par la partie relative aux idées de persécution, ou par la partie relative à des symptômes mélancoliques, ou, plus exceptionnellement, par la partie relative aux états d'excitation. C'est donc le plan général qui subit ainsi une transformation.

Autre mode d'assouplissement. Pour chacune des parties de l'examen, les questions sont numérotées dans la marge. Mais les réponses peuvent s'étaler sur toute la page, et même déborder, si besoin est, sur des pages supplémentaires. La question à laquelle une réponse se réfère est simplement rappelée par son numéro d'ordre. On peut lui donner tout le développement qu'elle exige. Soit plutôt celle-ci : Y avait-il des gens qui vous tourmentaient ? Il arrive que des malades commencent à cette occasion un récit qu'il est préférable d'enregistrer sans presque l'interrompre. Il peut même se faire qu'on ait au contraire à intervenir pour faire préciser ou éclaircir.

C'est, au reste, le cas toutes les fois que la réponse à quelque

©BIUM

question que ce soit renferme un détail qu'on ne comprend pas bien. Dans ce cas nous prions le malade d'expliquer sa pensée. C'est affaire d'expérience et de pratique de se rendre compte quand une question est épuisée et à quel moment on peut passer à la suivante.

Cet assouplissement étant le principal nous vous demandons la permission d'y insister. Un interrogatoire même codifié ne rend en effet que selon la technique avec laquelle il est conduit. Or il y a deux manières d'utiliser un questionnaire en général, et un questionnaire comme celui-ci, en particulier. On peut se proposer d'obtenir à toutes fins une réponse correcte à la question posée. Un juge d'instruction qui cherche à s'assurer de la fausseté d'un alibi invoqué par un prévenu ne tolère pas qu'on élude les questions qu'il pose. Il les répète jusqu'à obtention d'affirmations ou de négations formelles. Ou bien on peut simplement se proposer de voir comment un individu se comporte devant une question donnée, et c'est le genre des questionnaires tests.

C'est cette manière de faire que nous croyons qu'il faut adopter pour le questionnaire actuel, mais avec une variante en plus. Quand nous interrogeons sur l'existence d'hallucinations nous souhaitons certes savoir ainsi si le malade en présente. Toutefois, si sa réponse ne nous renseigne pas sur ce point, nous l'enregistrons telle qu'il nous la donne et prenons ce qu'elle nous apporte faute d'en obtenir ce que nous voudrions en apprendre...

Seulement cela ne veut pas dire non plus que nous ne faisons pas certains efforts. Nous essayons principalement d'obtenir du sujet quelque attention, et cela de la manière suivante : En nous tournant vers le malade, en prenant son regard... et au besoin sa main... ; en attendant, s'il bavarde, qu'il ait fini..., et, s'il ne s'arrête point spontanément, en le priant de s'interrompre un instant pour nous écouter. Alors nous lâchons la question. Mais si, malgré ces précautions, elle tombe dans une nouvelle explosion, l'impossibilité de nous faire entendre nous paraît plus importante que la réponse attendue.

Et puis, à l'inverse, répétons-le, si la réponse nous apporte un élément délirant imprévu, nous reprenons celui-ci... (Vous venez de dire... Que voulez-vous donc dire exactement par là ?). En somme, nous suivons un peu, et, au besoin, nous rappellerons l'aveu s'il peut plus ou moins s'accorder à une question ultérieure.

Bref il faut savoir interroger. C'est un art qui réclame plus de silence et de calme que de paroles et d'éclats de voix. Mais c'est peut-être une technique qu'un interrogatoire préparé aiderait aussi à acquérir.

©BIUM

De cette manière, avec un peu d'habitude, l'interrogatoire perd de sa sécheresse tout en conservant l'avantage de ne laisser presque aucun chapitre de l'aliénation sans avoir été abordé.

Sur nos feuilles d'observations une marge à droite permet enfin, comme le ferait un régent de collège, de qualifier d'un mot à l'encre rouge la nature du trouble pathologique que contient chaque réponse.

II. Fiche récapitulative

L'aliénation mentale ne consiste pas uniquement dans des réponses verbales anormales. Peut-être même pourrait-on soutenir que ce n'en est que l'accessoire. La conversation n'est qu'un aspect. Elle est surtout l'occasion d'apercevoir et de relever au passage maints autres signes. Il nous a semblé qu'on faciliterait la notation de ceux-ci par une liste de dénominations toutes prêtes. On risque moins ainsi d'oublier quelque chose et le tableau est plus net.

Nous avons donc établi une fiche aussi complète que possible, et, notre interrogatoire terminé, nous lisons cette fiche en soulignant tous les traits qui nous ont frappés.

Cette fiche comprend, elle aussi, plusieurs parties et notamment deux grands chapitres : l'attitude du malade et le caractère des idées délirantes émises par lui.

1re partie : attitude. — D'abord, une note d'ensemble. Avons-nous ou non le malade à notre disposition ? Entièrement ou à demi ? Puis, s'il est à notre disposition, l'est-il avec des éléments de tristesse ou des éléments d'excitation ? Et, s'il ne l'est point, est-ce absorption dans quelque rêve intérieur, ou bien humeur ou parti-pris ?

2e partie : caractères du délire. — Idées délirantes, hallucinations, réactions... Comment les unes et les autres ont-elles été présentées, avec clarté, avec doute ou conviction absolue, etc. ?

Bien que la deuxième partie de cette fiche soit au fond à peu près aussi classique que la précédente dans les séméiologies de l'aliénation, nous la croyons plus nouvelle, tout au moins dans sa forme, parce qu'il ne nous semble pas qu'on ait coutume dans les plans d'observation généralement proposés de l'envisager à part, et d'y consacrer, par réflexion sur ce qu'on vient d'entendre, un effort suffisant. Or nous croyons bien que cette négligence est un tort, que les vrais cliniciens, au contraire, ont précisément à cet égard le jugement le plus juste, encore qu'ils ne le concrétisent point toujours en formules... ; bref, que l'attention doit être spécialement attirée sur cet aspect des troubles délirants.

©BIUM

III

Telles sont les feuilles d'observation que nous voulions vous soumettre. Nous n'espérons pas convaincre d'emblée. Nous croyons pourtant qu'en les utilisant on obtiendrait un tableau du malade sur lequel on s'entendrait mieux qu'avec la méthode clinique ordinaire parce qu'on en supprimerait ce coup de pouce que chacun de nous donne à sa façon. Présentez une écriture à différents examinateurs : tel ne voit que les lettres à boucles, tel que les barres des *t* ou les points sur les *i*, alors tel déclare l'écriture passable et tel la déclare fort laide. Faites mesurer la régularité de hauteur des lettres, la pente, comparer à un modèle-type..., les écarts entre examinateurs diminuent. C'est un peu ce que nous avons essayé.

Nous dirons prochainement à quelles conclusions l'essai nous a conduits. Mais nous croyons, avant de conclure, devoir *insister* encore sur deux points : 1° l'obstacle principal auquel on se heurte dans un essai de ce genre ; et 2° le contraste de ce mode d'examen et de l'examen clinique habituel.

L'obstacle est le suivant. Il tient à l'un des traits les plus curieux de l'aliénation, *la difficulté d'entrer en communication avec les idées du malade*. Et, par là, nous ne voulons pas indiquer la difficulté d'obtenir des aveux parce que les malades ont un vague sentiment qu'ils seraient considérés comme aliénés s'ils disaient leur pensée intime, ou par méfiance de l'interlocuteur. Ceci en fait est peu de chose, et un peu d'adresse et de tact (même avec un questionnaire préparé) en viennent habituellement à bout. Mais il y a plus grave. Il y a que *nos questions ne provoquent pas les réponses qu'il serait logique d'en attendre*. Alors il y a souvent des choses que le malade n'exprime que spontanément. On a soi-même tourné autour du sujet, on n'a rien obtenu, et puis voici qu'au moment où l'on s'y attendait le moins, une révélation est émise. Voici pourquoi nous avons admis des assouplissements, car si la technique est de causer pour faire causer, il faut surtout laisser causer et *savoir écouter*.

Quant au *contraste avec la clinique courante* il est si grand qu'opérant devant un collègue celui-ci en a été presque dérouté. Et cela va de soi. Cliniquement ce qu'on cherche quasi-instinctivement, de par notre culture même, c'est un diagnostic. C'est à un diagnostic qu'on veut aboutir. C'est vers un diagnostic qu'on se dirige. C'est en vue d'un diagnostic, présumé dès qu'on est en présence d'un malade, qu'on oriente son examen. Prenons plutôt une comparaison : 39°, une pommette rouge, une dyspnée

©BIUM

intense... suffisent presque à faire un diagnostic de pneumonie ; immédiatement donc on va au poumon et l'on ausculte ; voilà la conduite d'un clinicien. Or c'est elle dont l'un de nous a précisément voulu — assouplissement à part — s'affranchir ; avec elle il a rompu de parti-pris pour y substituer un examen méthodique. Le diagnostic n'est plus notre souci. Notre souci est uniquement de recueillir comment un aliéné réagit à des questions déterminées d'aliénation et de tracer de lui de cette manière un tableau concret sinon complet. Si son affection apparaît ainsi en toute clarté, tant mieux ; si le malade nous demeure obscur, tant pis ; nous nous bornons à enregistrer cette obscurité. Et *c'est peut-être après tout à ce changement même de point de vue que nous attacherions le plus d'intérêt.*

Nous ne prétendons pas enfin par un interrogatoire de ce genre épuiser un malade. Nous croyons même plutôt nécessaire de revenir à la charge. Mais précisément on peut le faire en partant des premiers renseignements recueillis. Le questionnaire que nous avons préparé donne une vue d'ensemble. Rien n'empêche, si on le juge à propos, de reprendre ensuite certains points, — de la même manière qu'il faut, bien entendu, compléter l'examen d'un délire par *un examen de niveau mental* (mais l'un de nous a publié un examen de ce genre) et par *un examen physique*, mais nous nous proposons de vous soumettre également une feuille à ce sujet, à la séance de janvier. L'observation d'un aliéné est une chose longue et qui exige des efforts conjugués.

La séance est levée à 18 heures 15.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

©BIUM

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 Décembre 1935

Présidence : M. André BARBE, président

Aspect anatomique et pathogénie du feutrage arachnoïdien spinal dans certaines maladies à virus neurotrope, par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET et R. ANDRÉ.

Les auteurs ont étudié un grand nombre de cas d'arachnoïdite spinale adhésive (feutrage arachnoïdien) au cours des maladies les plus diverses.

Le feutrage arachnoïdien spinal a toujours les mêmes caractères anatomiques, dont les plus communs sont sa localisation postérieure et sa prédominance à la région dorsale de la moelle. Il est dû à la prolifération d'un élément anatomique normal préexistant, le ligament postérieur (septum postérieur de Schwalbe). La prolifération feutrée du ligament est un phénomène analogue à l'épaississement de la pie-mère, la forme particulière de réaction du premier tient à ses rapports anatomiques qui lui permettent, en s'épaississant, de s'étendre à tout l'espace sous-arachnoïdien postérieur.

Le feutrage arachnoïdien est secondaire aux lésions médullaires, à l'irritation prolongée de la pie-mère et du ligament postérieur par les produits de désintégration qui lui arrivent par la voie des espaces périvasculaires et plus spécialement du septum médian postérieur, situé entre les deux faisceaux de Goll.

©BIUM

Discussion. — M. Barré. — M. Hornet semble vouloir montrer que l'arachnoïdite est toujours d'origine inflammatoire secondaire. Je crois qu'on ne peut nier l'existence d'une arachnoïdite primitive comme j'ai eu l'occasion de le constater récemment chez un sujet dont les troubles sensitifs disparurent après l'opération. On est donc forcé d'admettre qu'il n'y avait pas de lésions médullaires surajoutées.

Un cas de sclérose en plaques probablement familiale, par MM. M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios.

Les auteurs rapportent le cas d'une sclérose en plaques apparue chez deux frères vers l'âge de 30 ans, en l'absence de tous signes d'hérédosyphilis. La mère aurait présenté également un syndrome de sclérose en plaques ayant évolué pendant dix-neuf ans et s'étant terminé par une myélite aiguë terminale.

La notion de contagion ne pouvant être retenue dans ce cas, les auteurs font remarquer que de nombreux neurologistes ont posé isolément le diagnostic de sclérose en plaques sur l'affection des deux frères. La notion uniquement infectieuse de la sclérose en plaques s'étant récemment atténuée pourrait inciter davantage les chercheurs à accepter l'hypothèse d'une sclérose en plaques familiale.

Discussion. — M. Garcin. — Il s'agit là d'un problème très troublant en raison de la rareté des cas connus, si l'on excepte celui que M. André-Thomas a signalé. Je me permets d'en rappeler deux autres survenus isolément chez un frère et une sœur séparés depuis la naissance et faisant poser le diagnostic de sclérose en plaques ou de paraplégie spasmodique familiale. Il convient de se demander s'il ne s'agirait pas d'une syphilis familiale.

Les troubles du métabolisme des lipoïdes phosphorés dans la sclérose en plaques, par MM. M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios.

Les auteurs ont noté une augmentation presque constante du taux des lipoïdes phosphorés du sérum de malades atteints de sclérose en plaques, surtout lorsqu'il s'agit de cas évolutifs et particulièrement dans les formes de l'adulte.

Ces écarts importants du taux des lipoïdes phosphorés, que l'on n'observe pas en pathologie courante, leur paraissent être en relation avec les troubles nerveux que présentent les malades.

Crises douloureuses de type sympathique chez un hémiplégique, par M. Barré.

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui a présenté des crises douloureuses d'un type particulier. Brusquement : douleur à la racine de la cuisse, à l'épaule, s'accompagnant de contractures faciales ainsi que de contractures du grand pectoral et des muscles de la cuisse. Des douleurs très fortes, syncopales, survenant par crises, à la fréquence de cinq à six par jour, accompagnaient ce tableau clinique. Au bout d'une semaine, les douleurs et l'anxiété ont disparu en même temps que survenait une sudation abondante du côté malade. A l'examen, on constate une hémiplégie à prédominance brachiale avec hémianesthésie totale et hypothermie du

©BIUM

côté malade. Ces crises douloureuses sont comparables aux sympathalgies faciales d'origine centrale.

Discussion. — M. BEAUDOIN croit qu'il s'agit d'une lésion thalamique.

M. BARRÉ insiste sur les caractères de ces douleurs, qui ne surviennent qu'au moment des crises.

Sur un syndrome caractérisé par un double pied-bot et une double main-bote, associés : une amyotrophie d'un type spécial des membres supérieurs et inférieurs, remontant à la naissance, par MM. ANDRÉ-THOMAS et G. HUC.

Les auteurs présentent une fillette âgée de 11 ans, atteinte d'un double pied-bot congénital (pied-bot varus équin), de malformations des péronés et d'atrophie des péroniers ; atrophie partielle des triceps ; subluxation congénitale des deux hanches ; double main-bote, paralysie atrophique du groupe Duchenne-Erb ; rétractions tendineuses aux membres supérieurs et inférieurs. Intégrité du tronc, de la tête, du cou et de la face. Ils discutent l'existence d'une affection systématique des centres nerveux, et en ce qui concerne les membres supérieurs, l'existence d'une paralysie radiculaire obstétricale, l'atrophie musculaire étant localisée sur le deltoïde, le biceps, le brachial antérieur, le long supinateur, les radiaux.

Discussion. — M. GUILLAIN considère que dans les accouchements difficiles il se produit souvent des hémorragies du cerveau et de la moelle, qui sont la cause des troubles ultérieurs.

M. ALAJOUANINE rappelle avoir présenté à la Société de Neurologie trois malades ayant des aplasies musculaires et des noyaux du facial et des nerfs oculo-moteurs.

Paralysie totale post-traumatique du plexus brachial. Interventions chirurgicales. Guérison complète en 18 mois, par MM. A. THÉVENARD, X. CONTIADIS et P. AUZEPY.

Ces auteurs apportent les résultats de deux interventions chirurgicales pratiquées, l'une trois, l'autre six semaines après le traumatisme chez un blessé de l'épaule atteint de paralysie totale du plexus brachial. Ces interventions purement exploratrices portèrent la première sur le plexus brachial, la seconde sur le paquet vasculo-nerveux du bras. Toutes deux révélèrent l'intégrité apparente des troncs nerveux et furent suivies d'une amélioration rapide appréciable dès le lendemain de l'opération. Le résultat éloigné est une récupération complète des fonctions du bras sans la moindre séquelle.

Repérage radiographique pour mettre en évidence le profil du rocher dans les tumeurs de l'angle, par M. Clovis VINCENT.

L'auteur expose une technique nouvelle permettant l'examen radiographique du rocher sans repérage compliqué comme c'est le cas pour la position de Steinwers. Il montre quelques clichés de radiographie cranienne prise en position oblique, mettant en évidence d'une manière très nette, le profil du rocher érodé par des tumeurs de l'angle.

©BIUM

Nanisme myxoœdémateux et ateleiose. Leurs caractères différentiels,
par MM. J. LHERMITTE, MOUZON, NEMOURS Auguste et ISIDOR.

A propos de deux malades présentés, les auteurs insistent sur les caractères différentiels objectifs suivants. Dans la nanisme atéléiosique, le squelette ne présente pas d'anomalies en dehors d'une gracilité proportionnelle au degré de réduction corporelle, la selle turcique est petite, les fonctions psychiques sont intactes, mis à part une certaine puérilité et un maniérisme spécial ; au contraire, dans le nanisme myxœdémateux, la selle turcique est très développée, fortement élargie, le squelette présente d'importantes modifications : stries épiphysaires, exostoses, calcification des capsules articulaires, déformation de la tête fémorale et humérale, arriération intellectuelle confinant à l'idiotie.

En dehors de ces caractères qui forment contraste, on constate un trait morphologique commun : la pachybasie sellaire due à l'absence de développement du sinus sphénoïdal. Enfin, dans les deux cas, le métabolisme de base se montre modifié, du moins en apparence. Dans l'atéléiose, le métabolisme de base est de + 54, dans le nanisme myxœdémateux de — 2,6. Ce paradoxe n'est que de surface et les écarts du métabolisme de base sont liés à l'importance de la réduction du volume corporel.

Les effets de la radiothérapie spinale sur les myopathies,
par MM. LHERMITTE, BEAUJARD et NEMOURS Auguste.

Les auteurs rapportent trois observations de formes diverses de myopathie : forme juvénile d'Erb, forme pavio-scapulo-humérale, forme pseudo-hypertrophique dans lesquelles l'irradiation de toute la moelle épinière a été suivie par une amélioration de la fonction motrice. Nul changement volumétrique des muscles n'a été observé. Enfin l'amélioration n'a été que temporaire.

Discussion. — M. BARRÉ a obtenu des résultats satisfaisants avec la médication pyrétothérapique. La maladie semble s'arrêter et les sujets se servent beaucoup mieux qu'autrefois des muscles dont ils disposent encore. Aucune régression de l'atrophie musculaire ni de modification des réflexes.

Contribution à l'étude de la pathogénie des cénesthopathies,
par M. BARUK.

Présentation d'un malade présentant des troubles cénestopathiques au niveau de la langue et des lèvres et chez lequel un examen capillaroscopique a montré des troubles vasculaires.

Syndrome bilatéral du tronc lombo-sacré par métastase cancéreuse,
par MM. G. ROUSSY, René HUGUENIN et Mlle BOUCABEILLE.

Malade atteinte d'une paralysie bilatérale du domaine du sciatique poplité, des péroniers latéraux. Le domaine du poplité interne est indemne. Il n'y a aucun trouble sensitif, ni trophique, ni, bien entendu, sphinctériens. La radiographie montre une métastase cancéreuse massive de L_5 et légère de L_4.

Les auteurs — discutant la systématisation du syndrome neurologique — aboutissent à ce qu'il s'agit là d'une atteinte du tronc lombo-sacré, avec

©BIUM

lésion prédominante sur certaines fibres, sans doute plus sensibles. Ils rapprochent cette électivité des altérations dans le tronc lombo-sacré de ce qu'ont décrit Cushing, puis Garcin, à propos de la résistance de certains nerfs craniens.

Tumeur kystique du vermis et crise de tétanie décelée par une ventriculographie, par MM. Henri ROGER, Marcel ARNAUD et André JOUVE (de Marseille).

Une ventriculographie déclenche une crise de tétanie typique chez un enfant de 13 ans, atteint de tumeur kystique du cervelet. Cette crise réapparaît, quelques heures après, par l'apposition d'un lien classique au cours d'une injection intraveineuse. L'anamnèse retrouve 4 à 5 épisodes analogues, survenus spontanément quelques semaines auparavant. Calcémie : 0,10. Parathyroïdes macroscopiquement et microscopiquement normales. Les auteurs rattachent ces crises de tétanie aux poussées d'hypertension ventriculaire comprimant les centres toniques diencéphaliques. Le même malade présentait des crises de « cerebellar fits ».

Le traitement des affections toxi-infectieuses chroniques du névraxe par l'autohémothérapie associée à la provocation de méningites aseptiques (autohématonévraxothérapie), avec films cinématographiques, par M. BOSCHI (de Ferrare).

L'auteur obtient par autohématonévraxothérapie des résultats favorables dans des cas de sclérose en plaques et de sclérose latérale amyotrophique. Le film montre l'amélioration obtenue par ce traitement.

Polyradiculonévrite généralisée avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique. — Etude anatomo-clinique (avec projections), par MM. ALAJOUANINE, THUREL, HORNET et BOUDIN.

Les auteurs rapportent l'histoire d'une polynévrite généralisée avec diplégie faciale à évolution rapide. A la ponction lombaire on note une dissociation albumino-cytologique. L'examen anatomique montre des lésions des nerfs périphériques sans lésions médullaires.

M. LECONTE.

©BIUM

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 12 Décembre 1935

Présidence : M. P. GUILLAUME, vice-président

Le Problème fonctionnel de la mémoire, par M. John ELMGREN, Professeur à l'Université de Göteborg.

Dans une conférence remarquable, non seulement par son intérêt intrinsèque, mais par la précision et la force de la langue, l'auteur expose les vues et les méthodes avec lesquelles il a abordé le délicat problème fonctionnel de la mémoire. La mémoire n'est pas une reproduction du vécu, contrairement à la conception qui fausse les travaux classiques ; elle est un acte original de reconstruction qui revêt une pluralité d'aspects ; les plus opposés sont la μνημη, enregistrement biologique, protoplasmique et la mémoire intelligente. A chaque aspect de la mémoire conviennent des méthodes d'investigation différentes, un matériel différent. C'est ainsi que les démences et les états déficitaires sont favorables à l'étude de la mémoire dite immédiate. Mais les formes supérieures de la mémoire restent inaccessibles à la méthode pathologique. Pour étudier la mémoire intelligente, le professeur Elmgren a élaboré des tests qui s'échelonnent entre la suite inintelligible de syllabes et des textes d'intelligence assez difficiles. Entre les deux formes extrêmes de mémoire, il tend à admettre une corrélation positive.

Nous ne pouvons suivre dans le détail cette intéressante communication dont le texte paraîtra *in extenso* dans le *Journal de Psychologie*.

MM. Piéron, Guillaume, Wallon, Tournay, interviennent au cours de la discussion.

D. LAGACHE.

©BIUM

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Novembre 1935

Présidence : M. ALEXANDER, président

Les criminels immoraux, par M. DE GREEF.

L'auteur a réuni les observations de 100 cas de pédérastie. Il montre qu'il existe presque toujours chez ces malades une certaine débilité mentale, caractérisée surtout par une déficience du jugement.

Il examine ensuite l'âge moyen d'apparition des troubles sexuels (entre 35 et 40 ans), l'influence du milieu (multinatalité fréquente), de l'éducation et de l'instruction (parents illettrés dans 47 cas).

Il a souvent aussi retrouvé une hérédité névropathique ou vésanique (20 cas). Un traumatisme cranien a peut-être joué un rôle étiologique dans 11 cas. L'alcoolisme peut être incriminé chez 57 sujets, mais dans 75 % de ces cas, il ne paraît pas y avoir de relation directe entre l'ébriété et le délit. L'auteur termine en faisant remarquer que ces délinquants sont rarement en aveu (26 cas seulement).

La diéthylmalonylurée, médicament calmant, par M. A. LEROY.

L'auteur signale les effets heureux du « Vespéral » et du « Véronal » dans les états d'agitation, surtout dans les psychoses chroniques (mélancolie d'involution, démence précoce, etc.). Il insiste sur la faible toxicité de cette médication, qui peut être poursuivie sans inconvénient pendant plusieurs mois. Toutefois, on peut observer chez certains patients de légers troubles de la circulation périphérique (pâleur des téguments, œdème malléolaire), qui sont vraisemblablement dus à l'action d'autres produits (extrait thébaïque notamment), associés à la diéthylmalonylurée dans ces préparations.

L'atropine à hautes doses dans le traitement du parkinsonisme,
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Observation d'un cas de parkinsonisme chez lequel l'atropine à hautes doses (15 mgr. par jour) a déterminé une régression considérable, non seulement du syndrome neurologique, mais aussi des troubles du caractère et de la moralité. L'intérêt du cas réside dans l'influence très favorable que le traitement a paru exercer sur le syndrome mental que présentait ce malade.

©BIUM

Syndrome hérédo-dégénératif et polynévrite,
par MM. H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Les auteurs présentent une malade de 42 ans, atteinte depuis quelques mois seulement de troubles psychiques (amnésie de fixation, désorientation dans le temps et dans l'espace) et neurologiques (polynévrite d'origine indéterminée).

L'examen met en évidence des dystrophies cutanées, multiples, dont on retrouve de nombreux exemples parmi les ascendants, les collatéraux et les enfants de la patiente : taches pigmentaires, nævi, hyperkératoses, tumeurs molles ou pédiculées, dont la biopsie révèle la nature névromateuse.

J. LEY.

Groupement Belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

---

Séance du 23 Novembre 1935

Hémihypertrophie cranio-faciale progressive avec hémisyndrome parkinsonien homolatéral, par M. L. VAN BOGAERT.

L'auteur présente un homme de 58 ans, dont la symétrie faciale était parfaite jusqu'à l'âge de 30 ans et qui depuis lors présente une hypertrophie absolument nette de la moitié gauche du massif facial. Depuis un an et demi, est apparu un hémisyndrome parkinsonien gauche. C'est le seul cas où l'association de ces deux syndromes ait été signalée. M. Van Bogaert précise que l'hypertrophie faciale n'est due ni à une leontiasis ossea, ni à une maladie de Paget.

Sarcomatose réticulaire des méninges, par MM. BORREMANS et R. LEY.

L'observation concerne un homme de 49 ans dans les antécédents duquel on relève une syphilis. Le début de l'affection se marqua par un syndrome mental, neurologique et humoral de paralysie générale. Le malade fut traité par le stovarsol. Deux ans plus tard, on le revoyait : il présentait des idées stéréotypées de grandeur, un tremblement très marqué, de l'hyposmie et une diminution importante de la vision. Cependant, les signes humoraux de paralysie générale étaient fortement atténués : seule, l'albuminose était très accusée (1 gr. 80 par litre). La malariathérapie amena une amélioration transitoire. Bientôt, le malade fut atteint de cécité complète ; l'odorat se perdit complètement ; il apparut une parésie à type central du facial inférieur gauche ; en dehors d'une albuminose qui s'élevait à

©BIUM

2 gr. par litre, le liquide céphalo-rachidien était normal. La mort survint dans le marasme trois ans après le début de l'affection. L'autopsie montra que la base du cerveau était revêtue d'un enduit ressemblant à du collodion et semé de petits foyers hémorragiques ; il s'agissait d'une tumeur à type réticulaire, issue des méninges et pénétrant en plusieurs points dans le parenchyme cérébral. On ne relevait nulle part les lésions caractéristiques de la paralysie générale. Les auteurs insistent sur la rareté des sarcomes méningés à type réticulaire.

Zona ophtalmique et paralysies oculaires, par M. J. François.

Les paralysies oculaires ne viennent que rarement surcharger le tableau clinique du zona ophtalmique. Le plus souvent, il s'agit d'ophtalmoplégies parcellaires ; les paralysies totales sont exceptionnelles. C'est parmi ces dernières que se range l'observation de M. François. Il s'agit d'une femme de 49 ans qui, à la suite d'un zona, présenta du ptosis et de la diplopie. Quelques semaines plus tard, on constatait l'existence d'un ptosis léger, d'une mydriase, d'une abolition de tous les réflexes ainsi que de diminution des mouvements des yeux dans toutes les directions. Tous ces symptômes s'effacèrent progressivement et bientôt il ne persista plus que la paralysie de l'accommodation. La genèse de ces ophtalmoplégies est difficile à expliquer : peut-être s'agit-il d'un syndrome de la fente sphénoïdale.

L'oscillogramme du cortex cérébral chez l'homme et chez les animaux, par M. F. Bremer.

Les expériences de Berger, d'Adrian et de Bremer ont montré qu'il existe entre divers points du cortex cérébral des différences de potentiel que l'on peut enregistrer. Chez l'homme, des électrodes appliquées sur le crâne, au voisinage de l'occiput, peuvent servir à l'enregistrement d'ondes périodiques, régulièrement sinusoïdales, se produisant au nombre de dix environ par seconde : ce sont les ondes de Berger. Mais pour les recueillir, il importe que le sujet ait les yeux clos et qu'il ne pense à rien. L'effort d'attention, l'émotion ou l'ouverture des yeux transforment les ondes qui deviennent apériodiques, moins amples et très rapides. Le sommeil profond et, chez l'animal, la transsection mésocéphalique, accentuent davantage la périodicité des ondes. Le fait de fixer du regard une source lumineuse intermittente influence également cette périodicité et si, chez l'animal, on fixe les électrodes sur le centre masticateur cortical, on voit que la périodicité des ondes adopte un rythme synchrone aux mouvements de mastication. La strychninisation du cortex et l'épilepsie essentielle, même sous forme de petit mal, font apparaître sur le fond des ondes de Berger d'autres ondes démesurément grandes. Il est à remarquer que des ondes analogues aux ondes de Berger peuvent être enregistrées à partir du ganglion optique du dytique et des ganglions sympathiques déconnectés : il pourrait donc s'agir d'une propriété générale du neurone.

M. Moreau.

©BIUM

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE LÉGALE

Trois cents cas de délinquance juvénile. Essai de psychologie et de conclusions d'ordre pratique, par le Dr Th. SIMON. *Bulletin mensuel de la Société Alfred Binet,* n° 312-313, juin-juillet 1935, pages 117-142).

L'auteur nous présente d'abord les sujets sur qui porte cette étude : enfants de 13 à 18 ans, ayant commis quelque délit, *prévenus libres,* c'est-à-dire laissés à leur famille. Une enquête sociale avait été demandée par le Juge d'Instruction au Service Social de l'Enfance en Danger Moral.

Dans la technique de l'examen médico-psychologique de ces enfants par le Dr Simon, nous retenons surtout que ce grand créateur et manieur de tests qui, mieux que quiconque, connaît la valeur des méthodes de mesure, sait également en reconnaître les limites. Et devant la complexité d'une mentalité de grand enfant, il fait à l'observation et à la compréhension sympathique du sujet la plus large part.

L'auteur a rencontré parmi ces sujets : 1° des faits d'ordre étroitement médical ; 2° peu de malades mentaux proprement dits, c'est-à-dire peu de cas typiques impliquant l'internement comme mesure, cependant, un certain nombre de cas où un trouble d'ordre mental paraît entraver l'adaptation à la vie de chaque jour. Du point de vue niveau intellectuel, peu de débiles, et, si le niveau est un peu bas, il ne diffère guère de celui qu'on rencontre couramment dans les milieux sociaux auxquels appartiennent les sujets examinés ; 3° c'est dans la psychologie des délinquants qu'il faut chercher le vrai problème de la délinquance. A cet égard, l'auteur classe ses sujets en plusieurs groupes : *a*) enfants en présence desquels, il ne sent pas de différence avec la masse des autres enfants (moins de 30 % des cas examinés) : il est intéressant de remarquer que ces enfants n'ont commis que des délits occasionnels entraînant une culpabilité de fait plus que d'intention ; *b*) tout à l'opposé de ceux-ci, un autre groupe (plus de 20 %) d'enfants plus âgés, dont les délits sont plus graves, et qui, en dehors de tout délit, se montrent paresseux, avides de jouissances, cyniques, révoltés, orgueilleux... ; *c*) entre ces deux groupes, un troisième, plus nombreux, d'enfants assez amorphes, chez lesquels on peut retrouver les divisions classiques d'enfants lourds et lents, d'impulsifs, d'instables, etc..., enfants *sans*

©BIUM

tendances mauvaises foncières à proprement parler, mais *sans beaucoup de moralité positive*, et pour lesquels le délit paraît s'expliquer par le manque de sentiment moral. Après avoir développé cette idée et cherché la cause de cette espèce d'amoralité dans le milieu familial si souvent déficient des délinquants et dans leur hérédité, l'auteur étudie ensuite les délits à plusieurs, délits « en bande », où meneurs et comparses sont réciproquement victimes les uns des autres, les meneurs se devant d'être fidèles à leur rôle.

Tels sont les jeunes délinquants que le Dr Th. Simon a rencontrés parmi les prévenus libres qu'on lui a présentés — cas peu graves souvent et qui diffèrent sans doute de ceux qu'on peut rencontrer ailleurs, notamment parmi les détenus.

Les mesures prises actuellement par le Tribunal ne se montrent pas suffisantes à l'usage : 1° une maison d'accueil passagère serait souhaitable pour faciliter l'adaptation de l'enfant ; 2° l'envoi à la campagne par les patronages limite trop les possibilités professionnelles de certains enfants ; 3° les internats d'apprentissage sont trop peu nombreux ; 4° les internats pour demi-malades manquent...

Mais toutes les transformations que l'on apportera ne vaudront que par l'*atmosphère* qu'on saura faire régner autour des enfants et c'est vers l'*éducation morale de mieux en mieux appropriée* que doivent tendre les efforts, d'où la nécessité d'une formation des délégués à la liberté surveillée, d'une surveillance attentive des qualités morales et éducatives des familles auxquelles on confie les enfants, d'un choix et d'une spécialisation du personnel des internats.

Comment en effet diriger ces enfants ? — par le travail, par le jeu, les sports — par l'influence personnelle morale et la recherche de ce qu'il y a de normal et de bon dans l'enfant. Et dans les internats, où sont réunis les sujets les plus difficiles, le problème se complique : il y a un redressement véritable à opérer, chose particulièrement délicate à l'égard de ces enfants que la privation de liberté place dans une attitude spéciale de révolte. Pour eux la question des sanctions se pose malgré tout — sanction qu'il faudrait peut-être d'allure plus médicale que punitive. — De toutes façons, fermeté vaut mieux que violence et un optimisme tenace est toujours indispensable. Il n'y a pas d'autre voie : *relever l'enfant à ses yeux et le rapprocher de soi grâce à la connaissance qu'on prend de lui.*

Quant à la *prévention* elle devrait se faire à l'école et par l'étroite collaboration des maîtres et d'un service social scolaire.

Il faudrait, enfin, créer un organisme central chargé de suivre les enfants afin de dégager, par des statistiques précises, les effets des diverses techniques essayées et les perfectionner.

De toute la conférence, se détache la conclusion suivante, pleine de cette *humanité* dont on sent l'auteur épris : au Tribunal, il y a, pour les juges, non pas un délit à juger, mais un enfant *dans toute sa complexité vivante et toutes ses possibilités variées.*

L. B.

Le Sauvetage de l'Enfance et de l'Adolescence en danger physique et moral, par Etienne MARTIN et Victor MOURET. *L'Avenir Médical,* n° 10, pp. 286-296, décembre 1934.

Les interventions de M. Louis Rollin au Parlement et la révolte de la colonie de Belle-Isle ont replacé plus vivement que jamais dans l'actualité

©BIUM

la question de l'assistance des enfants anormaux. Le Ministre des Colonies déplore l'insuffisance des mesures de protection en faveur de l'enfance maltraitée, délinquante ou abandonnée. Depuis de longues années, M. le professeur Martin et M. Mouret, inspecteur de l'Assistance publique, expriment les mêmes doléances. M. Imbert, chef du Service central de l'Inspection générale des Services administratifs et M. Gros, Procureur général, ont secondé leur effort, et depuis 1930 un Centre de triage a été créé à Lyon. L'organisation complète exigerait d'une part un système de placement des sujets examinés au Centre, d'autre part des procédés de dépistage. MM. Martin et Mouret proposent de fournir aux justices de paix les moyens de surveiller les mineurs, de se substituer aux parents négligents dont les enfants sont élevés dans des conditions insuffisantes d'hygiène physique et morale. A l'autorité légale, il faudrait annexer toute une organisation confiée à un personnel spécialisé. Ce service social aurait enfin un rôle à jouer à l'école en collaboration intime avec les maîtres et les familles.

P. CARRETTE.

L'application des principes de la physiologie aux problèmes médico-légaux (The Application of Physiological Principles in Medico-Legal Problems), par Bernard SPILSBURY. *The Medico-Legal and Criminological Review*. T. II, n° 4, pp. 340-344, octobre 1934.

L'autopsie médico-légale exige une interprétation délicate de certains principes de physiologie, dont l'auteur cite quelques exemples, plus spécialement à propos des mécanismes de la circulation, de la respiration et de la digestion. C'est l'exactitude de l'interprétation physiopathologique qui permettra de déterminer les causes de la mort. L'arrêt des fonctions digestives peut résulter d'une inhibition par la terreur ; le processus asphyxique sera précipité par une émotion violente ; un traumatisme cranien qui aurait commotionné un sujet sain tuera un cardiaque.

P. CARRETTE.

L'écriture des criminels. Etude expérimentale (Handwriting of Criminals : An Experimental Study), par Clarence QUINAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 2, pp. 350-358, août 1934.

L'auteur a étudié les caractères de l'écriture fournie par les groupes d'individus suivants : meurtriers, faussaires, non-criminels et tueurs d'abattoir. Les moyennes obtenues permettent de conclure que les meurtriers présentent de la bradygraphie, une tendance aux irrégularités, un défaut de modelé et une prédominance des figures anguleuses. L'écriture des faussaires montre beaucoup plus de formes arrondies et un souci plus constant de la calligraphie. Les « tueurs » rappellent en tous points les caractéristiques observées chez les meurtriers.

P. CARRETTE.

Mécanismes psychiatriques chez les meurtriers d'enfants (Psychiatric Mechanisms in Child Murderers), par Lauretta BENDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXX, n° 1, pp. 32-47, juillet 1934.

Mme Bender considère le meurtre d'enfant comme réaction au cours des psychoses. Chez la mélancolique, le processus d'identification assimile l'at-

©BIUM

tentat à un suicide. Le symbolisme schizophrénique peut transformer l'enfant en élément intégré à l'hypocondrie. Secondairement, le comportement varie ; le meurtrier devient catatonique, tombe dans la stupeur ou nie systématiquement, attitude qui peut ouvrir la voie à une libération psychique.

P. CARRETTE.

Le rôle d'attentats sexuels sur des enfants âgés de moins de 14 ans, dans l'étiologie des maladies mentales et des anomalies de caractère. (Die Bedeutung sexueller Attentate auf Kinder unter 14 Iahren für die Entwcklung von Geisteskrankheiten und Charakter anomaliien), par Augusta RASMUSSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, IX, 3, 4, 1934. Copenhague.

L'enquête a porté sur l'existence ultérieure de 105 fillettes ayant été victimes d'attentats sexuels ; dans 54 cas, des renseignements ont été obtenus. De l'enquête se dégagent les conclusions suivantes : les troubles psychiques dus au choc traumatique chez les enfants qui avaient opposé de la résistance ou subi des violences, ont été habituellement bénins et de courte durée. Le développement psychique ultérieur n'a pas été entravé dans la grande majorité des cas ; une fillette, contaminée, fut atteinte plus tard de paralysie générale ; deux autres furent internées pour aliénation mentale, mais l'incident sexuel de l'enfance n'eut manifestement aucune influence dans la génèse de leurs maladies. Dans quelques rares cas les enfants sont devenues plus tard des prostituées, mais il s'agit d'enfants issues d'un milieu familial moralement défavorable et qui avaient joué un rôle actif dès leurs premiers rapports sexuels. Le rôle pathogène, en ce qui concerne la production des troubles psychopathiques, soit immédiats, soit tardifs, a donc été insignifiant dans tous les cas d'attentats sexuels sur des enfants qui ont été étudiés.

E. BAUER.

Les anormaux devant la refonte du Code Pénal, par Paul SCHIFF. *L'Evolution psychiatrique*, pp. 75-96, fasc. 4, 1934.

La Commission de réforme du Code pénal, instituée en 1930, a rédigé un avant-projet que le Garde des Sceaux soumettra, après révision, à l'approbation des Chambres. Le rôle joué par les médecins, et les psychiatres en particulier, dans l'élaboration de cette refonte, reste secondaire. Il faut le déplorer avec M. Schiff. La Société Médico-Psychologique a bien été appelée à donner son avis sur la modification de l'article 64. Ce n'est pas suffisant. Sans faire de législation ni de métaphysique, le médecin spécialiste est plus que nul autre apte à apprécier les anomalies psychiques et la valeur exemplaire de la peine. Il faut lui donner les moyens d'examiner délinquants et criminels et surtout de dépister les sujets constituant pour la société un danger permanent. Les procédés d'exploration clinique, biologique et psychologique existent. Ils ont prouvé leur efficacité. Les psychiatres ont eu la possibilité de les mettre en œuvre dans d'autres pays, en Belgique, aux Etats-Unis, en Angleterre. Des efforts ont été tentés en France. Il faudrait les coordonner pour leur donner leur véritable portée sociale. Cette coordination pourrait renforcer un organisme déjà existant, la « Société de Prophylaxie Criminelle », créée par M. Toulouse, qui propose à ses collaborateurs l'étude de la prévention et de la criminologie psychiatrique.

P. CARRETTE.

©BIUM

Les demi-aliénés et la législation pénale argentine (Los semialienados y la legislación penal argentina), par Juan-Ramón BELTRÁN. *La Semana Médica*, n° 2119, pp. 547-550, 23 août 1934.

Des individus qui peuvent apparaître à certaines périodes comme sains d'esprit n'en sont pas moins atteints de tares psychiques importantes : tels sont les épileptiques, les hystériques, les pervers, les toxicomanes. La législation a successivement prévu pour les délits et les crimes commis par eux une peine atténuée correspondant à la notion de culpabilité moindre, puis une sanction plus sévère pour des êtres dont l'esprit doit être frappé d'autant plus vivement. Le projet argentin de 1926, repris en 1933, a fixé à la base de la législation la notion de l'état de nocivité des délinquants qui prescrit l'internement des sujets, auteurs de délits, habitués à un comportement social anormal.

P. CARRETTE.

Le projet de Code pénal roumain, par JONESCO-DOLJ. (*Revue de droit pénal et de Criminologie*, 15e année, n° 5, Mai 1935).

Depuis la guerre, trois Codes pénaux sont en vigueur sur le territoire roumain : le Code roumain de 1865 pour l'ancien royaume, le Code pénal hongrois en Transylvanie et le Code pénal autrichien en Bucovine. Aussi tous les gouvernements ont-ils cherché à unifier ces trois Codes de conceptions très dissemblables et à élaborer un nouveau Code tenant compte du mouvement scientifique contemporain. Le projet actuel, qui est en discussion devant le Parlement, compte 597 articles. Se séparant des conceptions des anciens Codes, il distingue la notion de l'infraction, celle de l'auteur de l'infraction, et la peine, qui sera, soit répressive, soit préventive, soit les deux combinés. C'est ainsi que la constatation de l'état dangereux autorisera le juge à prononcer contre le délinquant récidiviste, alcoolique ou demi-responsable, à côté de la peine fixée pour une durée déterminée, une mesure de sûreté pour une durée à peu près indéterminée, ou seulement une mesure de sûreté s'il s'agit d'un irresponsable ou demi-responsable dangereux.

D'autre part, le magistrat aura un rôle dans l'exécution de la peine, il présidera les Commissions de Surveillance créées auprès des pénitenciers et les Sociétés de Patronage ; il pourra ainsi aider le délinquant dans ses efforts de redressement moral pendant la peine et après son expiration.

L'institution du fond des amendes, créé par le nouveau projet, servira non seulement à une modernisation des établissements pénitentiaires, mais encore à subventionner l'œuvre d'assistance et de surveillance des Sociétés de Patronage, à aider au reclassement des libérés, à donner des secours aux victimes des infractions lorsqu'elles ne peuvent être indemnisées par le délinquant.

Enfin, le projet s'intéresse au problème des mineurs et de la criminalité infantile. L'époque de non-imputabilité a été fixée à 13 ans révolus et la majorité pénale à 19 ans. Pendant cette période d'adolescence (13-19 ans), on applique au délinquant mineur des mesures à caractère éducatif et exceptionnellement la prison correctionnelle. En tout cas, le mineur sera toujours tenu dans des Instituts spéciaux, séparés des majeurs.

En somme, ce nouveau projet s'encadre dans le mouvement général actuel de répression et de défense sociale contre la criminalité, il présente ce double caractère d'être à la fois préventif et répressif.

LAUZIER.

©BIUM

La fièvre ondulante comme maladie professionnelle, par O. LOUDET (*Revista de Criminologia, psiquiatria y medicina legal*, Tome XXI, nº 125, Octobre 1934).

La fièvre ondulante constitue une maladie professionnelle chez les employés des frigorifiques, vachers, ouvriers agricoles, bouchers et employés des laboratoires, pour qui elle se contracte fatalement dans l'exercice normal de ces professions. Dans quelques rares cas, elle peut arriver à constituer un accident du travail lorsqu'un sujet indemne présente des blessures ou des érosions sur les mains et lorsqu'après une période minime d'incubation, apparaît la fièvre en sa forme aiguë. L'introduction de la fièvre ondulante sur la liste des maladies professionnelles en Argentine, réalisera un principe de justice sociale et assurera une juste indemnisation du préjudice causé à la santé et de la diminution de capacité du travail.

LAUZIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

L'orientation neurologique en psychiatrie (La orientación neurológica en la psiquiatría), par Gonzalo-R. LAFORA. *Archivos de Neurobiologia*, T. XIV, pp. 291-313, 1934.

Ce ne sont pas les progrès de la pathologie localisatrice du cerveau qui nous donneront les derniers éclaircissements sur les fonctions de l'âme humaine. L'ambition des études neurologiques n'est pas métaphysique. Elle procède par des découvertes anatomiques, biologiques, qui aboutissent à des progrès réels dans la connaissance de certains mécanismes psychologiques. L'intégration des excitations et les réflexes conditionnels, par exemple, ont montré la voie de ces réalisations et il est plus que probable que les connaissances nouvelles en pathologie cérébrale serviront encore la psychiatrie de demain.

P. CARRETTE.

Contribution clinique aux formes nerveuses organico-psychogènes associées (Contributo clinico alle forme nervose organico psicogene associate), par Carlo PANARA (Rome). *Giornale di Psichiatria a di Neuropatologia*, nº 3, 1934, p. 231 à 246.

L'auteur décrit trois cas de névraxite avec associations psycho-névrotiques. Dans un cas il s'agit de melitococcie, dans deux autres du « virus » de l'encéphalite épidémique. Il insiste, avec l'école de Rome, sur l'importance des infections aiguës du système nerveux dans les maladies mentales. Les associations psychonévrotiques ont consisté dans le premier cas en « réactions psychomotrices intenses » (cris, pleurs, attaques d'épouvante ou de défense). — Dans le deuxième cas, des crises névropathiques de type hystérique avec syndrome extrapyramidal. — Dans le troisième, il s'agit d'un parkinsonien avec crises hystériques également.

Henri EY.

©BIUM

La composante neuro-végétative des états anxieux (La componente neuro-vegetativa degli stati ansïosi), par Giuseppe PELLACANI (de Bologne). *Rivista di Pato. nervosa e mentale*, Décembre 1934, p. 558 à 601.

Nouvelle étude méthodiquement conduite sur l'équilibre neuro-végétatif de sujets anxieux dont un grand nombre présentait des phénomènes d'angoisse physique. Il a étudié 44 cas d'excitation maniaque, 36 cas d'états dépressifs simples, 21 cas d'angoisse physique, 29 cas de psychasthénie, 11 cas de névroses d'angoisse. Il faudra se rapporter désormais à ces tableaux où sont exposées clairement les diverses explorations lorsque l'on voudra aborder cette question. A travers ses propres recherches Pellacani retrouve la distinction entre les hyperémotifs et les anxieux vagotoniques, distinction que dans un travail récent, que l'auteur doit ignorer, Codet a reprise dans son opposition des émotifs et des impressionnables, les uns sympathicotoniques, les autres vagotoniques.

Henri EY.

Considérations cliniques et thérapeutiques sur le bégaiement, par Marcel RENET (présentation faite par Ch. LAUBRY). *Bulletin de l'académie de Médecine*, 26 février 1935.

Au point de vue clinique, le bègue est un sympathicotonique avec déséquilibre des fonctions endocriniennes, marquées le plus souvent par de la déficience post-hypophysaire, parathyroïdienne, pancréatique, génitale. Le réflexe oculo-cardiaque accélère le cœur et le réflexe solaire est positif. C'est le dérèglement de l'automatisme de la parole qui est à l'origine de tous les bégaiements. Sur le fond de perturbation constante de la parole se greffent des crises de bégaiement marquées par la répétition convulsive des mots avec constriction intense des organes de la respiration et de la phonation. Au point de vue thérapeutique, délaissant volontairement la thérapeutique purement symptomatique habituelle, l'auteur a essayé le chlorhydrate de yohimhine, sédatif de l'orthosympathique, en y adjoignant des calmants généraux du sympathique (cratægus, passiflore). La cure dure plusieurs mois. La dose quotidienne initiale est de 3 à 4 centigrammes par semaine de chacun de ces produits avec interruption de deux jours. Elle atteint 1 centigramme au bout de six mois et 1/2 centigramme au bout d'un an. Le pronostic dépend de l'âge du sujet et de la forme du bégaiement. Sur les 12 cas rapportés, l'auteur a obtenu deux guérisons complètes, neuf améliorations considérables et un échec.

Maurice LECONTE.

Le vaginisme névropathique, par P. HARTENBERG. *Les Sciences Médicales*, 15 janvier 1935.

La contracture des muscles vaginaux peut être due à des facteurs psycho-émotifs : elle réalise le vaginisme névropathique. M. Hartenberg considère trois conditions psychologiques préalables : l'appréhension, la répugnance et la répulsion. La thérapeutique varie suivant les cas. Dans le dernier cas elle est généralement vaine. Dans les deux premiers cas l'importance relative de la psychothérapie et des manœuvres locales est une question d'espèce. A l'emploi des médicaments sédatifs il faut ajouter la dilatation progressive du vagin par les bougies ou même parfois la distension des sphincters musculaires.

P. CARRETTE.

©BIUM

Considérations sur la théorie des réflexes conditionnels (Conziderazioni sulla teor a dei reflessi condizionati), par Rodolfo GIORGINI (d'Ancone). *Rivista di Neurologia*, Avril 1935, p. 262 à 290.

Bonne revue générale sur les réflexes conditionnels, intéressante surtout par les recherches, exposées clairement, par lesquelles de nombreux auteurs (Pavlov, Marinesco, Timmer, etc.) ont tenté d'appliquer les conceptions réflexologiques à l'étude des syndromes mentaux (hystérie, démence précoce, types Kretschmériens, etc.). Bonne bibliographie.

Henri EY.

Sur le rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité, par S. MÉTALNIKOV. *La Presse Médicale*, n° 94, pp. 1893-1895, 24 novembre 1934.

L'écorce des hémisphères cérébraux joue le rôle principal dans le mécanisme des réflexes conditionnels. Comment peut-elle agir dans les phénomènes d'immunité sur les cellules libres qui ne paraissent pas être en connexion avec elle ? L'autonomie cellulaire est inadmissible. Le système nerveux central préside à toute réaction. Il peut agir à distance par « induction, rayonnement ou hormones ».

P. CARRETTE.

Quelques théories modernes sur la localisation cérébrale (Algunas modernas teorías sobre la localización cerebral), par A. STRAUSS. *Revista Médica de Barcelona*. T. XXI, n° 124, pp. 356-363, avril 1934.

Toute tentative de localisation cérébrale est limitée dans son interprétation. Elle est sans valeur si elle se propose de synthétiser des fonctions complexes. S'il est possible d'établir le rapport entre une hémorragie cérébrale et une hémiplégie, il est inexact d'affirmer que l'aphasie est due à une altération corticale déterminée, car il s'agit là d'une fonction dont l'altération est conditionnée, soit par des états anatomiques, soit par des perturbations physiologiques ou psychiques. L'ambition d'une doctrine des localisations cérébrales se limite à une étude de différenciation de ses zones.

P. CARRETTE.

Labyrinthe et Cortex. L'électro-encéphalogramme du cortex dans la stimulation labyrinthique (Labyrinth and Cortex : The Electrencephalogram of the Cortex in Stimulation of the Labyrinth), par E. A. SPIEGEL. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 469-482, mars 1934.

La stimulation labyrinthique par rotations modifie le potentiel électrique des courants auxquels on soumet le cortex cérébral chez l'animal préalablement fixé en catalepsie par la bulbocapnine ou en paralysie par le curare. La voie de l'impulsion labyrinthique paraît être le faisceau rubro-thalamo-cortical, aboutissant plus spécialement aux zones temporale supérieure et frontale.

P. CARRETTE.

©BIUM

Recherches pneumo-encéphalographiques (Ricerche pneumoencefalografiche), par le Dr Paolo-Emilio NASPES (Turin). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Juillet-Août 1934, p. 151 à 200.

Cet excellent travail est illustré de 40 figures radiographiques. L'auteur y apporte le résultat de ses recherches pneumographiques dans diverses affections encéphaliques. Il a employé l'encéphalographie lombaire et la ventriculographie transorbitaire. Il a étudié 19 sujets porteurs de lésions diverses et a spécialement étudié des cas d'hydrocéphalie interne. Signalons, notamment, ses observations portant sur 5 épileptiques, chez qui l'encéphalographie a révélé des altérations notables du cerveau. La technique de la ventriculographie transorbitale (méthode de Dogliotti), est clairement exposée. Henri EY.

Les troubles stéréognosiques, par D.-E. STOLBOUN (*Sovietskaia Nevropatologuia. Psychiatria Psichoguiguiena*, 1934, T. III, Fasc. 6).

L'auteur s'étonne du peu d'intérêt qu'on attache à la question et de la tendance qui règne à ramener les désordres stéréognosiques aux troubles de la sensibilité. Les troubles de la stéréognosie se manifestent de diverses manières. D'une façon générale, l'astéréognosie est envisagée comme un processus sensoriel afférent. Cependant l'élément efférent, en rapport avec l'innervation centrale, y joue un rôle important. Ce rôle demande à être étudié et précisé pour chaque cas particulier ainsi que devrait être précisé son mécanisme.

L'auteur rapporte plusieurs observations où il s'efforce d'analyser les troubles du sens stéréognosique dans son rapport avec l'espace en faisant abstraction de la vue, il souligne l'importance de l'innervation active du tact. FRIBOURG-BLANC.

Réflexes du menton chez les aliénés, par M. KACZYNSKI (*Rocznik Psychjatryczny*, 1935, Fasc. XXIV).

Kaczinsky étudie chez 150 aliénés les différents réflexes du menton décrits par Flatau, Marinesco, Radovici et Simchowicz. Il conclut que : 1° les réflexes du menton sont fréquents chez les aliénés ; 2° parmi les sujets qui ont les réflexes du menton positifs on rencontre les amphotoniques, les parasympathicotoniques ; 3° certains états émotionnels ou fébriles favorisent l'apparition des réflexes ; 4° la narcose abolit ces réflexes ; 5° le sommeil physiologique atténue le réflexe de Marinesco-Radovici dans la paralysie générale et la schizophrénie à allure chronique sans le supprimer ; par contre il l'abolit dans la schizophrénie aiguë ; 6° l'emploi de la strychnine est sans effet sur les réflexes. FRIBOURG-BLANC.

Observations sur le chatouillement chez les cérébropathes et sur les manifestations du rire dans la manœuvre du réflexe rotulien (Observasioni sul sollitico nei cerebropatica e sulla manifestazione del riso nella manovra del riflesso rotuleo), par le Dr Pietro ARMENISE (Bari). *Il Cervello*, Juillet 1934, p. 203 à 217.

Le réflexe plantaire en flexion n'est que le premier degré de la réaction des muscles plantaires au chatouillement profond. Le signe de Babinski

©BIUM

est, au contraire, un réflexe plus ancien d'automatisme médullaire, lié au chatouillement superficiel. Le chatouillement profond, chez les arriérés, tend à diminuer ou à se présenter sous forme dissociée. Le chatouillement superficiel normal, chez les arriérés légers, représente une réaction de défense chez les idiots. Chez les épileptiques, les réactions du chatouillement sont plus vives avant l'attaque, mais le temps de latence entre l'excitation et la réaction est allongé chez eux. Le rire qui accompagne la provocation du réflexe rotulien chez les sujets jeunes, est une réaction de chatouillement profond.

Henri Ey.

Étude photographique des mouvements oculaires dans les maladies mentales (Photographic Study of Ocular Movements in Mental Disease), par Frank H. Couch et James C. Fox. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 556-578, mars 1934.

Quatre tests ont été utilisés : 1. le mouvement du pendule ; 2. le nystagmus optokinétique ; 3. la réponse au commandement d'orientation « gauche-droite » ; 4. la réaction aux excitations rétiniennes périphériques. Il est clair que ces épreuves ont une valeur sémiologique précise. Elles ne font pas un diagnostic, mais elles renseignent sur les degrés d'inattention, d'inhibition ou de négativisme du sujet et sur l'évolution de ces troubles.

P. Carrette.

Les types de motilité. Contribution à la systématisation du mouvement (Los tipos de motilitad. Contribución a la sistemática del movimiento), par Justo Gonzalo. *Archivos de Neurologia*. T. XIV, n° 1, pp. 93-115, 1934.

L'étude de la personnalité et de la constitution s'appuie sur des données physiques que l'on tente de trouver toujours plus nombreuses et précises. L'état moteur en est un élément capital. M. Gonzalo entreprend, à la suite d'une étude des différents types de motricité, d'établir leur correspondance avec la constitution, le caractère et les états psychopathiques. Le résultat n'a rien d'absolu. Il n'exprime que des tendances notées à propos des 3 types moteurs morbides : syncinétique, choréique et parkinsonien.

P. Carrette.

Le mécanisme des mouvements involontaires (contractions myocloniques), par D. Daniélopolu et A. Radovici. *Revue Neurologique*. T. I, n° 5, pp. 671-677, mai 1934.

La tendance à un fonctionnement rythmique existerait dans les cellules de la colonne grise antérieure de la moelle et en général dans les cellules motrices. Cette tendance est normalement inhibée. Dans le domaine végétatif, le mécanisme serait le même que dans celui du système central. Les centres réflexes pourraient être viscéraux ou ganglionnaires et se comporter comme s'ils trouvaient, loin du névraxe, une protection contre l'influence inhibitrice centrale. Cette analogie sert à MM. Daniélopolu et Radovici pour expliquer les systoles myocardiques.

P. Carrette.

©BIUM

Le noyau rouge. Son rôle dans le tonus de posture et dans les réactions statiques (The Red Nucleus. Its Relation to Postural Tonus and Richting Reactions), par W. R. INGRAM, S. W. RANSON et R. W. BARRIS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 4, pp. 768-786, avril 1934.

La destruction bilatérale nettement limitée du noyau rouge cause des troubles de la démarche et un accroissement dans l'extension et le tonus de Schütz. Certaines réactions posturales sont retardées et exagérées ; par exemple, les réflexes décrits par Schunkel, Hinkebein et Stemmbein et le type de perturbation rappelle beaucoup les symptômes de la décérébellation complète. Il est possible que les effets des lésions du noyau rouge soient superposables à celles des voies cérébelieuses y afférentes.

P. CARRETTE.

Les rapports entre le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique, par Lina STERN (de Moscou). (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie,* octobre 1934).

Importance bien connue, depuis les recherches modernes du système neuro-végétatif sur les fonctions des organes végétatifs et viscéraux et également sur les fonctions dites animales (Asher, W. R. Hess, Orbelli, etc.). La réciproque est vraie : en réalité, il y a interdépendance du système cérébro-spinal et du système végétatif. En ce qui concerne les relations entre le sympathique et le parasympathique, la plupart des organes ont une innervation double, et l'état fonctionnel de chacun d'eux est déterminé par les rapports entre les deux systèmes, suivant les conditions physiologiques ou pathologiques. Rappel des travaux de Friedrich Araus, Zondek, Dresel et Leschke et des recherches personnelles de l'auteur avec considérations critiques sur le rôle réciproque des deux systèmes et sur l'équilibre assuré par des processus automatiques régulateurs.

SENGÈS.

Vagotonie et sympathicotonie, par Henri VIGNES. *Le Progrès Médical*, n° 19, p. 811, 12 mai 1934.

Les deux groupes de substances antagonistes qui agissent sur le système neuro-végétatif modifient la chronaxie dans des sens opposés à une dose déterminée, mais un même agent se comporte différemment suivant les doses et son effet peut s'inverser. Une des explications de l'antagonisme pharmacodynamique est celle des variations de l'hydrophilie des tissus que propose M. Lapicque. Les poisons paralysants du parasympathique augmentent la chronaxie des muscles et diminuent leur imbibition.

P. CARRETTE.

Angine de poitrine et sympathicotonie, par ROMEUF. *L'Avenir Médical*, XXXIe année, n° 5, pp. 137-139, mai 1934.

L'angine de poitrine n'est pas une entité morbide ; c'est un syndrome douloureux qu'on attribue à la coronarite, à la myocardite, aux lésions de l'aorte, aux intoxications. Le spasme du réseau capillaire est évident. M. Romeuf rappelle les connexions intimes de ce réseau avec le sympathique, l'influence déséquilibrante des chocs anaphylactiques et la bienfaisante

©BIUM

action des traitements désensibilisants et de l'ion magnésium sur le complexe neuro-vasculaire.

P. CARRETTE.

Hyperidrose limitée à la face avec astasie pithiatique, par Miroslav KRIVY. *Revue tchèque de Neurologie et de Psychiatrie*, n° 7, pp. 177-186, septembre 1934.

A la suite d'une blessure de la tête, le malade présente de l'hyperidrose droite de la face à l'occasion des modifications provoquées de l'activité vaso-motrice générale et un léger myosis. Notons que le sympathique a pu être intéressé par un processus pleuro-pulmonaire tuberculeux. Depuis 5 ans, une astasie d'allure hystérique attire l'attention. Il est possible que la blessure ait eu une influence de même ordre que celle que M. A. Thomas accorde à certains processus pathologiques dans la naissance de la répercussivité sympathique.

P. CARRETTE.

Remarques sur l'analgésie hystérique chez les malades d'asile, par QUERCY et HÉDOUIN. *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 18, 6 mai 1934.

L'anesthésie des hystériques est un phénomène organique pour Charcot, une suggestion pour Bernheim. Les faits de guerre, les observations faites dans les psychoses ont permis d'utiles constatations qui éloignent des solutions simples et systématiques. Il est impossible pour MM. Quercy et Hédouin de ne pas tenir compte des conditions générales imposées par la maladie mentale qui obligent à classer le phénomène recherché dans un grand nombre de variétés. Quand l'analgésie n'est si suggérée, ni simulée, elle peut être spontanée ou réelle, ou dissociée et impose inévitablement une pathogénie physique.

P. CARRETTE.

Recherches expérimentales sur un syndrome chronique atypique chez un sujet hystérique (Ricerches sperimentali su di une sindroma coreica atipica in suggetto isterico), par le Dr Generoso COLUCCI (Naples). *Il Cervello*. Septembre 1934, p. 269 à 294.

Contribution à la physiopathologie de l'hystérie à propos d'un cas de troubles psycho-moteurs avec crises d'anxiété et mouvements choréiformes chez une jeune femme qui eut la grippe espagnole à 19 ans. Des explorations très minutieuses de l'auteur sur le système neuro-végétatif (épreuves pharmacodynamiques) et l'équilibre humoral (échanges hydriques, glycémie, réserve alcaline, équilibre électrolytique, etc...), il résulte avec évidence que cette malade présentait des troubles organiques notables. Le caractère « hystérique » des symptômes est moins évident, mais l'époque des névroses « parkinsoniennes » et « choréiques » n'est pas si lointaine.

Henri EY.

A propos des convulsions infantiles, par P. HARTENBERG. *La Presse Médicale*, n° 44, pp. 895-896, 2 juin 1934.

Les « Assises Médicales de Médecine Française », dont l'animateur est M. Godlewski, étudient périodiquement des questions d'actualité dont les

©BIUM

solutions sont centralisées et discutées en séance. Le 7 janvier 1934, à l'Hôtel-Dieu, sous la présidence de M. Euzière, doyen de la Faculté de Montpellier, la Société a traité le problème des convulsions infantiles. Elle a admis que les crises répétées de l'enfant ne comportaient pas nécessairement le pronostic sévère de l'épilepsie. Le risque ne deviendrait réel qu'à l'approche de la puberté. M. Hartenberg fait une réserve de plus. Il attribue une valeur primordiale aux lésions cérébrales. Les centres sous-corticaux sont hyperexcitables chez l'enfant. Des causes passagères peuvent influencer ces centres et déclancher des convulsions qui disparaîtront plus tard quand le système nerveux aura acquis une certaine stabilité. Au contraire, s'il y a lésion cérébrale, une menace constante pèse sur l'avenir et le pronostic d'épilepsie de l'adulte est malheureusement probable.

P. CARRETTE.

Contribution à la question de l'épilepsie infantile, par R.-J. FOUNDILER et Mme E.-J. SMIRNOVA (*Sovietskaia Nevropatologuia, Psychiatria, Psichoguiguiena*, T. III, Fasc. 7, 1934).

Les auteurs s'occupent dans leur travail des formes abortives de l'épilepsie infantile et rapportent quelques cas personnels des plus typiques. Dans la symptomatologie ils soulignent les crises convulsives de la première enfance, les états crépusculaires, les migraines, les accès de tristesse, le caractère épileptoïde, le somnambulisme, les absences, l'énurésis, les troubles du caractère avec colères, agressivité et égocentrisme. Les antécédents héréditaires de ces enfants sont souvent fort chargés (42 0/0). Chez les ascendants on note, en dehors de l'alcoolisme, un grand polymorphisme, des troubles psychiques portant l'empreinte épileptique. Le caractère épileptoïde du père est surtout à souligner. Chez les frères et sœurs du malade on note souvent des crises convulsives, l'oligophrénie particulièrement fréquente chez les frères. Ces particularités méritent d'être mises en relief dans le but psycho-prophylactique et d'éducation sociale des sujets. En effet, ces enfants s'adaptent difficilement dans la collectivité d'enfants normaux. Ils doivent être soustraits à leur milieu habituel qui les expose aux traumatismes psychiques constants. Il convient de les confier aux établissements éducatifs spécialisés le plus tôt possible.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude des équivalents épileptiques chez les en ants, par F. NAVILLE et H. BRANTMAY. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXV, fasc. 1er, 1935.

L'épilepsie infantile est exempte d'accidents convulsifs typiques bien plus souvent que celle des adultes (17 cas sur 40 observations) ; les équivalents sont fréquents, leur répercussion sur le fonds mental est souvent nulle. Les auteurs étudient successivement : 1) les équivalents nocturnes : terreurs, somnambulisme, énurésie ; 2) les équivalents diurnes, d'autant plus délicats à apprécier parce que la perte de connaissance et l'amnésie peuvent manquer ; 3) les équivalents et les crises provoqués par l'émotion. Les équivalents psychiques n'existent pas dans les épilepsies symptomatiques des enfants, dues à des lésions en foyer, alors qu'on les observe dans les épilepsies symptomatiques des adultes. L'épilepsie infantile peut apparaître dès le plus jeune âge, le début est particulièrement fréquent à 8 ans. Les

©BIUM

auteurs ne partagent pas l'opinion pessimiste de Heuyer en ce qui concerne le pronostic de l'épilepsie infantile, notamment celle avec équivalents psychiques. La fréquence des accidents n'assombrit pas ce pronostic, elle ne compromet pas le développement ultérieur de l'intelligence.

E. BAUER.

Études sur l'épilepsie. Les mécanismes régulateurs de la crise convulsive (Estudios sobre epilepsia. Los mecanismos reguladores y la crisis convulsiva), par M. PRADOS Y SUCH et S. OBRADOR ALCADE. *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, nº 1, pp. 71-78, 1934.

Ce travail porte sur la biologie des états épileptiques observés à l'occasion des attaques expérimentales provoquées par les injections intraveineuses de solution alcoolique de camphre. La modification de la glycémie obtenue par l'insuline, l'extirpation du pancréas ou l'adrénalectomie ne troublent pas l'attitude de l'animal en expérience. D'autres facteurs interviendraient plus effectivement : choc toxique, déséquilibre acido-basique, par exemple. L'hyperglycémie post-convulsive serait due, non pas à l'excès brutal du travail musculaire, mais à un mécanisme neuro-humoral dans lequel l'activité surrénalienne jouerait le rôle capital.

Mécanisme nerveux de la crise convulsive. Contribution à la question de l'épilepsie, par N.-I. PROPPER et L.-G. FIDELHOLZ (*Sovietskaia Nevropatologuia, Psychiatria i Psichoguiguiena*, 1934, T. III, fasc. 2-3).

Etude expérimentale de la crise convulsive faite sur les chiens par excitation exercée sur le pont de Varole et la moelle. La phase initiale qui suit l'excitation rappelle le tableau de la rigidité décérébrée. La phase suivante représente les mouvements synchrones et la troisième des mouvements collatéraux. Le tableau est clos par la phase de sommeil cataleptique due à l'action inhibitrice de l'écorce des hémisphères cérébraux.

Après l'extirpation de l'écorce, il n'existe que la première phase. Le même phénomène se produit chez de tout jeunes chiens dont le système nerveux n'est pas encore développé. Il est probable qu'avec chaque phase change aussi la localisation et que leur succession est liée aux processus dynamiques et aux processus d'inhibition et d'excitation.

Dans la clinique de l'épilepsie essentielle et des crises convulsives généralisées, on assiste aux mêmes phénomènes généraux et aux mêmes particularités du tonus des réactions.

FRIBOURG-BLANC.

Epilepsie automatique. Description d'un cas avec observations nécropsiques (Automatic Epilepsy. Report of a Case with Observations at Necropsy), par A.-J. MC LEAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXII, nº 1, pp. 189-197, juillet 1934.

La crise d'épilepsie automatique, suivant la description donnée par Penfield en 1929, débute par des troubles de la sensibilité thermique, de la soif, une dilatation vaso-motrice qui, après la peau, atteint les glandes, puis on observe de l'hypothermie, une accélération du pouls, des troubles respiratoires qui peuvent réaliser le type de Cheyne-Stokes. La perte de conscience est rare. L'irritation voisine du 3e ventricule, la gêne de la cir-

©BIUM

culation liquidienne jouent un rôle dans le déséquilibre fonctionnel observé. La tumeur causale, un astroblastome, a été mise en évidence. Dans le cas présent, elle s'associait à des signes d'un développement imparfait. D'autres manifestations, telle la narcolepsie, s'accordaient avec le diagnostic de localisation dans le plancher et les parois du 3e ventricule.

P. CARRETTE.

Le tremblement dans l'Epilepsie par E. VERGARA. *L'ospedale Psichiatrico*, janvier 1935.

L'auteur étudie par la méthode graphique le tremblement chez les épileptiques. Il a rencontré ce symptôme dans la totalité des cas. Il pense qu'il représente une manifestation directe de l'épilepsie. Il est d'une grande valeur diagnostique dans les formes larvées.

P. ABÉLY.

Symptomatologie des manifestations épileptiques inconnues ou particulièrement rares (surdité, « illusion du déjà vu », paralysie apparaissant comme aura de la crise épileptique, épilepsie hypnoleptique, fétide, paramenstruelle, fébrile et crises oculogyres dans l'épilepsie), par L. STERLING (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XI, n° 40 du 1er nov. 1935, 41 du 8 novembre 1935, 42 de 15 novembre 1935 et 43 du 22 novembre 1935).

Dans un long travail l'auteur rapporte plusieurs observations personnelles ayant trait à la symptomatologie inaccoutumée de l'épilepsie. Malgré leur multiplicité, ces manifestations observées peuvent donner lieu à certaines considérations d'ordre général. L'auteur souligne notamment et tout particulièrement l'importance des manifestations d'ordre neuro-végétatif qui, en général, ne sont pas suffisamment mises en valeur. Parmi les observations rapportées dans son travail, l'auteur rattache à cette pathogénie l'épilepsie hypnoleptique, l'aura de « l'illusion du déjà vu », la crise épileptique hyperthermique, l'épilepsie fétide où les crises sont accompagnées d'émission d'odeur fétide de l'haleine, et la crise suppléant aux règles absentes. Les troubles des glandes à sécrétion interne ne peuvent pas à elles seules donner lieu à de l'épilepsie bien que certaines hormones endocriniennes exercent une influence manifeste sur la crise en rehaussant le seuil d'excitabilité convulsive.

Parmi les manifestations épileptiques particulièrement rares et atypiques, l'auteur signale les cas où la crise épileptique a été précédée de la perte d'une fonction déterminée à la période d'aura épileptique, telles les observations avec surdité transitoire, avec accès de sommeil précédant la crise et surtout l'aura paralytique. Il attribue ces manifestations à l'interférence de deux variétés opposées d'énergie nerveuse. La crise épileptique déterminerait la libération de deux courants d'énergie opposée : une positive qui donne lieu à la crise convulsive, l'autre négative déterminant l'hypotonie musculaire, la paralysie et en général tout arrêt de fonction. Ces deux énergies peuvent se neutraliser et se masquer mutuellement.

L'interprétation de la crise oculogyre épileptique qui diffère des crises oculogyres post-encéphalitiques par l'absence du signe de Rosenbach exige une autre explication. Il s'agirait ici de décharges paroxystiques d'énergie de désinhibition d'une forme d'épilepsie extra-pyramidale.

FRIBOURG-BLANC.

©BIUM

Facteurs psychogénétiques dans quelques épilepsies (Psychogenetic Factors in Some Epilepsies), par Jules-H. MASSERMAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXIX, n° 4, pp. 377-390, avril 1934.

Ces épilepsies se présentent avec tous les signes du haut-mal et résistent aux traitements chimiques et diététiques. Leur mécanisme comporte certainement des différences avec les formes courantes qu'une connaissance plus profonde de la physiopathologie permettra seule de préciser. Dans les deux observations de M. Masserman, la psychothérapie suffit à la guérison. Il faut chez ces malades supprimer des conflits affectifs, les réactions d'une émotivité exaspérée, l'inadaptation vis-à-vis de l'entourage, des perversions ayant leurs racines dans la prime enfance.

P. CARRETTE.

Une nouvelle forme d'épilepsie expérimentale : l'épilepsie par parasites cutanés, par Ph. PAGNIEZ, A. PLICHET et R. LAPLANE. *La Presse Médicale*, n° 80, pp. 1557-1559, 6 octobre 1934.

Brown-Séquard, en obtenant l'épilepsie par résection partielle du sciatique, notait la multiplication des poux dans la région épileptogène. Cette constatation modifie le sens attribué jusqu'ici aux convulsions par lésions nerveuses. Le rôle des excitations à distance apparaît comme uniquement périphérique. L'influence des helminthes dans les états comitiaux ne pourrait-elle s'exercer par des mécanismes identiques ?

P. CARRETTE.

Epilepsie anaphylactique (Atopy a sa Cause of Epilepsy), par Jonathan FORMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 3, pp. 517-522, septembre 1934.

L'hypersensibilité aux substances inhalées ou ingérées provoque toute une série d'accidents au rang desquels il convient de placer l'épilepsie sous ses différentes formes. La preuve en est fournie par l'étude des prédispositions héréditaires du sujet, l'emploi des tests cutanés, les réactions biologiques et l'histoire clinique. Typiquement on sera en présence d'un patient signalant dans son hérédité des cas d'asthme, de migraine, de rhume des foins, atteint lui-même de telles manifestations, avec éosinophilie sanguine et réaction positive d'hypersensibilité cutanée aux protéines. Dans les observations rapportées par M. Forman, la guérison est obtenue par la diète, la suppression des aliments non tolérés, la protection contre les inhalations anaphylactisantes et la recherche d'un équilibre physiologique plus stable par l'emploi de substances désensibilisatrices.

P. CARRETTE.

De l'épilepsie réflexe (Über Reflex-Epilepsie), par MACDONALD CRITCHLEY (de Londres). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXV, 2, 1935.

L'auteur expose les différents types cliniques d'épilepsie réflexe, groupés suivant les causes réflexogènes : tactiles, visuelles, acoustiques, affectives-émotionnelles, crises déclanchées par le rire, les rapports génitaux, la miction et la défécation. De nombreux exemples sont cités. Le problème

©BIUM

physiopathologique est envisagé ; une place particulière mérite d'être assignée aux crises réflexes d'origine acoustique.

E. BAUER.

Epilepsie avec aura gustative (Epilepsie zuit Geschmacksaura), par le Prof. Henry MARCUS (Stockolm). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 711 à 722.

Il s'agit d'une observation d'épilepsie survenue cinq ans après un traumatisme et s'accompagnant d'auras gustatives (crises de l'uncus de Jackson). C'est l'étude anatomo-pathologique de formations temporo-ammoniques qui est minutieusement exposée dans ce travail. De l'ensemble de ses recherches, l'auteur croit pouvoir conclure qu'il existe un centre de mémoire gustative dans la portion présubiculaire et subiculaire du lobe de l'hippocampe et peut-être de la circonvolution dentelée voisine, ce qui va à l'encontre des opinions professées par Bechterew, Henschen et plus récemment par von Economo.

Henri EY.

Contribution à la pathogénie de l'épilepsie, par PAGNIEZ et P. SALLES. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 19 février 1935.

Voulant vérifier l'une des hypothèses pathogéniques la plus en vogue aux Etats-Unis actuellement, celle de l'Hydratation, les auteurs ont étudié chez les épileptiques l'effet des cures d'insuline. L'engraissement obtenu dans les cures d'insuline faites à cette intention serait la traduction d'une hydratation de l'organisme. Vingt unités quotidiennes d'insuline administrées à cinq jeunes femmes épileptiques n'ont pas modifié le nombre des crises. Il semble donc qu'une élévation temporaire de l'hydratation de l'organisme de l'épileptique ne suffit pas pour provoquer l'apparition d'une crise. D'autres recherches dont les résultats sont à rapprocher de ceux de MM. Baudoin, Azerad et Servin, montrent que la cause déclenchante des crises épileptiques banales ne relève pas non plus d'un état temporaire d'hypoglycémie.

Maurice LECONTE.

Le rôle du système neuro-végétatif dans l'épilepsie, par Ph. PAGNIEZ. *Les Sciences Médicales,* pp. 245-247, octobre 1934.

On sait que MM. Tinel, Garrelon et Santenoise, étudiant les phases de l'instabilité vago-sympathique dans l'épilepsie, admettent que la crise hémoclasique préparoxystique témoigne de l'état vagotonique et que le gardénal opère en supprimant cette condition neuro-végétative défavorable. Après M. Marchand, M. Pagniez se refuse à partager cette opinion. Il ne nie pas l'instabilité vago-sympathique, mais il constate qu'un épileptique très sensible au gardénal peut garder une aptitude aux crises hémoclasiques. Ainsi le déséquilibre existerait ; il tendrait le plus souvent vers la vagotonie, mais il ne réaliserait pas la condition essentielle, primaire, du déclanchement des crises ; il ne serait que l'expression d'un désordre humoral ou glandulaire plus général dont certains éléments nous sont encore inconnus.

P. CARRETTE.

©BIUM

Epilepsie extra-pyramidale ou sous-corticale (Epilepsia extra-piramidal ou sub-cortical), par Waldemiro PIRES *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria*. T. XVII, n° 4, pp. 241-251, juillet-août 1934.

L'auteur distingue trois types imputables à des lésions extra-pyramidales ou extra-corticales : 1. des phénomènes moteurs localisés sans perte de conscience ; 2. des phénomènes moteurs généralisés avec obnubilation ou perte de conscience, conséquence d'altérations des centres toniques et statiques mésocéphaliques ; 3. des crises comitiales classiques avec, en permanence, un syndrome sous-cortical ; les signes hypertoniques constants et paroxystiques confirmant l'origine des lésions.

P. CARRETTE.

Une manifestation rare de nature épileptique (Una rara manifestaziona di natura epilettica), par Pietro SERRA (de Sassari). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Décembre 1934, p. 666 à 676.

Observation assez intéressante d'un cas de *pavor nocturnus*, d'automatisme oniro-ambulatoire, moins rare peut-être que ne le pense l'auteur, mais plus rare qu'on le dit généralement.

Henri EY.

Epilepsie et Constitution (Epilessia e costituzione), par Angelo VANELLI (Novara). *Giornale di Psichiatria e di Neuropatologia*, 1934, p. 115 à 160.

Travail de patience et de méthode portant sur 75 épileptiques. Envisagés au point de vue somatique selon la conception de Viola il y avait 39 microsomiques, 35 macrosomiques et 1 normosomique. — L'auteur n'a pas trouvé d'altération du liquide céphalo-rachidien. L'examen du système neuro-végétatif a été conduit par la méthode de Danielopolu : les 75 cas sujets examinés se sont révélés dans 68 0/0 des cas hypo-amphotoniques. — La réaction de Kottmann a décelé 15 0/0 de normaux, 53 0/0 d'hyperthyroïdiens et 32 0/0 d'hypothyroïdiens ; résultats qui concordent peu avec les intradermo-réactions aux divers extraits glandulaires. On ne peut guère tirer de ce travail, à notre avis, que la constatation toujours renouvelée de troubles divers, variables, difficiles à caractériser puisqu'ils mettent constamment en échec les diverses typo-caractérologies.

Henri EY.

Relations entre la migraine, l'épilepsie et quelques autres désordres neuro-psychiatriques (Relationship of Migraine, Epilepsy and some other Neuropsychiatric Disorders), par Harry-A. PASKIND. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXII, n° 1, pp. 45-50, juillet 1934.

La migraine survient sur un terrain névropathique ; est-elle plus spécialement liée à l'épilepsie ? Certains auteurs l'ont déclaré, mais la démonstration de cette affinité exigerait la preuve d'une plus grande fréquence de la migraine dans les milieux d'épileptiques que dans les familles atteintes d'autres manifestations névropathiques ou dans les familles normales, ainsi que la constatation, chez un même sujet, d'association plus fréquente

©BIUM

de la migraine avec l'épilepsie, qu'avec les autres formes de troubles fonctionnels et la rareté des migraines isolées. C'est à ces recherches que s'est consacré M. Paskind et leur résultat a été négatif. Il a étudié le migraineux et son hérédité. Il l'a recherchée parmi les épileptiques, les sujets atteints de tics, de névralgie du trijumeau, de démence précoce, de psychose maniaque-dépressive, les psychasthéniques, les déséquilibrés, les paranoïdes et les sujets indemnes de tares névropathiques. Sa conclusion est que la migraine est surtout rencontrée dans les familles de prédisposés, mais qu'elle n'a pas de relations plus spéciales avec l'épilepsie qu'avec les autres formes de névroses ou de psychoses.

P. CARRETTE.

Pathogénie de la migraine, par Pasteur VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. *Biologie Médicale*. T. XXIV, n° 5, pp. 235-268, mai 1934.

La migraine ophtalmique est faite de la succession de deux ordres de troubles : un spasme vasculaire sylvien et un syndrome algique hémi-cranio-facial. Dans la migraine simple il semble bien que la céphalée se produise suivant le même mécanisme que celle de la migraine ophtalmique, mais rien ne permet d'affirmer la dépendance des deux ordres consécutifs de phénomènes. Les auteurs envisagent successivement le rôle du trijumeau, celui des perturbations de la pression intracranienne et celui du sympathique sans oser tirer une conclusion. Ils supposent que la migraine simple est la phase douloureuse d'un désordre céphalique dont la vaso-constriction prémonitoire s'est effectuée dans une zone muette.

P. CARRETTE.

La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique ? par PASTEUR VALLERY-RADOT et Jean HAMBURGER. *La Presse Médicale*, n° 86, pp. 1681-1682, 27 octobre 1934.

La migraine paraît être en rapport avec un spasme d'une artère cérébrale. On ne saurait s'engager plus avant dans la pathogénie. L'innervation artérielle du cerveau existe, mais son origine est encore discutée. La clinique et l'expérimentation partagent les auteurs. MM. Pasteur Vallery-Radot et Hamburger se refusent à admettre le rôle unique et déterminant du sympathique.

P. CARRETTE.

Le migraineux. Son type constitutionnel (The Migrainous Patient : A Constitutional Study), par Grace-A. TOURAINE et Georges DRAPER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXX, n° 1 et 2, pp. 1-23 et 183-204, juillet et août 1934.

Les auteurs retrouvent, chez les migraineux, les caractéristiques physiques et psychiques d'une légère dégénérescence : tendance acromégalique du crâne, forme d'intelligence lente et timorée, retard du développement émotionnel. L'attaque migraineuse récidive dans des conditions similaires. Elle adopte son allure définitive à l'âge adulte, à l'occasion de la perte de la protection familiale, de l'obligation de prendre les premières responsabilités importantes. Enfant, le migraineux a parfois subi des attaques acidosiques. Le syndrome a un caractère familial évident ; on trouve assez souvent

©BIUM

plusieurs membres atteints plus spécialement dans la lignée maternelle. Il semble aussi qu'un arrêt du développement psycho-sexuel complète ce tableau dans la majorité des cas.

P. CARRETTE.

Troubles psychiques et nerveux déterminés par les teintures pour cheveux (Trastornos psiquicos y nerviosos determinados por inturas para el cabello), par Rogelio-E. CARRATALÁ et José-C. BELBEY. *La Semana Médica*, n° 2108, pp. 1727-1731, 7 juin 1934.

Les produits capillaires les plus fréquemment utilisés sont toxiques. Ils sont appliqués en frictions, donc absorbés facilement. Leur emploi n'est soumis à aucun contrôle restrictif. On y trouve des sulfures, des sels de plomb, des amines aromatiques. L'eau oxygénée et le nitrate d'argent ont un pouvoir néfaste sur l'appareil glandulaire. Les auteurs ont noté, outre les dermatoses, des céphalées, des nausées, des vertiges, des troubles névritiques et moteurs, de l'angoisse, de l'agitation inquiète. Le diagnostic fait, l'application de l'anti-toxique prescrite quand c'est possible, les malades ont pu généralement être rapidement améliorés.

P. CARRETTE.

L'intoxication cocaïnique et ses répercussions tardives, par Oreste BONAZZI (de Bologne). *Rassegna di Studi Psichiatrici*, Juillet 1934.

L'auteur constate que la cocaïne peut produire des altérations neuro-psychiques après un très long temps.

Il décrit 3 cas d'intoxication cocaïnique « à distance », dans lesquels les malades présentaient des hallucinations qu'on pouvait rapporter à des altérations méso-encéphalitiques.

Il croit pouvoir rapprocher ces phénomènes des hallucinations pédonculaires de Lhermitte et Van Bogaert. Il en profite pour discuter l'interprétation des hallucinations qui, pour lui, sont la conséquence à la fois de phénomènes irritatifs psycho-sensoriels et en même temps d'un déficit particulier du sens du réel.

P. ABÉLY.

L'intoxication aiguë par les barbituriques, par D. OLMER et M. AUDIER. *Provence Médicale*, n° 31 et 32, 15 avril et 15 mai 1934.

Le coma barbiturique survient à des doses qu'il est impossible de fixer, la tolérance individuelle étant très variable. S'il se prolonge, le malade succombe fréquemment par défaillance cardiaque, paralysie respiratoire et parfois plus tardivement après une période fébrile avec anurie et lésions cutanées. Cependant, les mesures thérapeutiques ne sont pas sans effet. En dehors des médications symptomatiques, il faut savoir utiliser précocement le véritable antagonisme qui existe entre la strychnine et les barbituriques et qui permet l'injection répétée de doses élevées (1 cgr.). MM. Olmer et Audier, après tant d'autres médecins, parle de la prophylaxie des accidents et des nombreux suicides. Ils expriment le désir de voir l'usage du gardénal et des médicaments de la même famille soumis à un contrôle médical sanctionné par la loi.

P. CARRETTE.

©BIUM

Considérations sur l'intoxication par les barbituriques d'après une pratique hospitalière de quatre années, par D. Olmer et M. Audier (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 février 1934).

L'intoxication aiguë par les barbituriques augmente de fréquence depuis quelques années, ainsi que le démontrent les cas observés en clientèle et dans les milieux hospitaliers. Les auteurs ont recueilli, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, 23 cas de 1931 à février 1934. Ils passent en revue la thérapeutique, particulièrement la méthode de Ide (de Louvain) qui a démontré le rôle d'antidote remarquable de la strychnine vis-à-vis des barbituriques. Les doses à employer sont élevées et nettement au-dessus des doses physiologiquement mortelles (jusqu'à 1 gr. 30 dans un cas de Flandin et Jean Renaud). Toutefois, si les succès sont nombreux, il faut manier la méthode avec discernement et savoir l'adapter à chaque cas particulier. D'abord diagnostic positif certain (examen des urines par la réaction de Fabre au xanthydrol, dans les cas douteux), puis procéder par tâtonnements, les facteurs individuels jouant un rôle important dans le pronostic, en surveillant, à la fois, les signes de l'intoxication barbiturique et l'apparition possible des symptômes d'intoxication par la strychnine. La fréquence des cas d'intoxication volontaire par les barbituriques doit avoir pour effet l'inscription des barbituriques au tableau A, suivant les vœux de multiples Sociétés savantes depuis 1925. Sengès.

Un accident peu connu du barbiturisme, par Edouard Fabre. *Le Monde Médical*, n° 850, pp. 844-846, 1-15 août 1934.

L'accident dont parle M. Fabre est l'ulcération barbiturique décrite au cours de l'intoxication aiguë par MM. Villaret, Bith et Desoille en 1932. Le siège des lésions est plus spécialement situé aux points de pression, au sacrum, dans le dos, à la plante des pieds. Les formations bulleuses initiales se transforment rapidement en escarres. On les trouve parfois associées à d'autres formes dermatologiques : érythèmes, purpura. Comme il s'agit le plus souvent de sujets comateux, la pathogénie se ramène à celle des troubles trophiques d'origine névritique au cours des états anergiques. L'intoxication barbiturique aiguë réalise une condition extrêmement favorable au développement ultra-rapide de tels accidents. P. Carrette.

Le barbiturisme aigu, toxicose neuro-végétative, par J.-A. Chavany. *La Presse Médicale*, n° 97, pp. 1957-1959, 5 décembre 1934.

L'auteur constate la richesse en signes d'ordre neuro-végétatif des intoxications aiguës par les barbituriques contrastant avec la pauvreté du syndrome nerveux de la vie de relation. Les substances gardénaliques seraient surtout dépressives du système autonome, ce qui expliquerait le succès relatif du traitement par la strychnine, antagoniste physiologique, excitant neuro-végétatif, des centres bulbaires tout particulièrement.

P. Carrette.

Arthralgies et myalgies barbituriques, par P. Castin et P. Gardien. *La Presse Médicale*, n° 79, pp. 1536-1538, 3 octobre 1934.

Six observations de myo-arthralgies imputables aux barbituriques per-

©BIUM

mettent à MM. Castin et Gardien de dégager les conditions habituelles de l'intoxication et la conduite à tenir. Il s'agit de sujets vraisemblablement en état d'insuffisance hépato-rénale. C'est la région scapulaire qui est le plus souvent touchée ; viennent ensuite la hanche, le bras et le poignet. On ne retrouve pas de passé rhumatismal chez les sujets atteints et l'emploi des calmants salicylés est d'une utilité très relative. La seule indication essentielle est la diminution et parfois la suppression des barbituriques.

P. CARRETTE.

Empoisonnement chronique par le manganèse. Observations d'un cas avec autopsie (Chronic Manganese Poisoning. Report of a Case, with Autopsy), par Myrtelle M. CANAVAN, Stanley COBB et Cecil K. DRINKER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXII, n° 3, pp. 501-512, septembre 1934.

Les poussières de manganèse font dans certaines industries des victimes dont l'intoxication se développe lentement avec une symptomatologie assez constante. La faiblesse des membres inférieurs, l'incertitude de la démarche, la fatigue, la somnolence, la céphalée indiquent assez l'atteinte précoce et étendue du système nerveux. La mort est due à des accidents cardio-rénaux. L'autopsie montre une atrophie cérébrale, corticale et nucléaire, avec dilatation ventriculaire. La dégénérescence cellulaire s'étend à toute la surface cérébrale et cérébelleuse ; elle s'accompagne d'envahissement d'éléments satellites et de tissu glial.

P. CARRETTE.

Méningo-encéphalite saturnine, par H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, n° 1, janvier 1935.

La méningo-encéphalite saturnine est caractérisée par des signes méningés cliniques et biologiques, un syndrome mental où domine la confusion, des antécédents et des preuves objectives d'intoxication par le plomb. Comment le plomb, parfois fixé depuis longtemps dans l'organisme, devient-il brusquement toxique et capable d'engendrer des troubles mentaux ? — Les auteurs rappellent que les accidents suivent fréquemment l'éclosion d'infections aiguës et l'acidose. Ils montrent l'attaque directe par le plomb des centres nerveux à l'occasion d'une variation de la perméabilité méningée, le rôle de l'urémie et celui de l'hypertension artérielle apparaissant comme secondaires et inconstants.

P. CARRETTE.

Syndromes neurologiques et psychiques consécutifs aux intoxications par l'oxyde de carbone, par M. SCHÄCHTER. *La Médecine Pratique*, n° 8, pp. 197-202, 20 octobre 1934.

Dans la majorité des cas l'intoxication par l'oxyde de carbone donne un syndrome aigu qui cède rapidement et complètement à l'inhalation d'oxygène. Toutefois il existe des intoxications à répétition et des individus dont les organes d'élimination et le système circulatoire se défendent mal. M. Schächter cite des exemples de polynévrites, de paraplégies, de

©BIUM

troubles trophiques. Outre l'obnubilation, l'ébriété de l'intoxication aiguë, on observe des cas de confusion mentale avec délire, dépression, amnésie. Le terrain sur lequel évolue l'intoxication oxycarbonée a une influence capitale et commande le pronostic.

P. CARRETTE.

Troubles cutanés et nerveux chez les conducteurs de moteurs Diesel, par M. LAIGNEL-LAVASTINE et Amour-F. LIBER. *La Presse Médicale*, nº 81, pp. 1578-1580, 10 octobre 1934.

Dans les gros camions à moteur Diesel, les produits de combustion des huiles lourdes émanés du moteur s'échappent avec une force et une vitesse insuffisantes et sont partiellement refoulés dans la cabine de conduite. Le conducteur présente parfois des signes d'intoxication : dermatite folliculaire bénigne, vertiges, céphalées et torpeur. Le point de vue médico-légal de la question est double. Les auteurs rappellent le rôle cancérigène des hydrocarbures d'une part et d'autre part insistent sur le danger des défaillances soudaines du conducteur à son poste. Une étude expérimentale des substances toxiques est nécessaire, mais d'ores et déjà il est indispensable que les camions suspects soient munis d'un dispositif d'échappement plus efficace et de cabines mieux ventilées.

P. CARRETTE.

Diagnostic des tumeurs cérébrales, par M. POMMÉ. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*. T. XCVIII, nº 6, pp. 711-751, juin 1933.

Le diagnostic des tumeurs cérébrales est une question complexe qui demande à être nettement délimitée. Du point de vue purement symptomatique, elle présente à considérer toute affection intra-cranienne, gomme, tubercule, gliome ou formation métastatique. Les unes et les autres peuvent provoquer l'hypertension intracranienne et des symptômes de localisation. Du point de vue thérapeutique et anatomique, le problème est différent. Il permet d'exclure tout ce qui n'est pas néoplasie développée primitivement aux dépens du tissu nerveux. M. Pommé impose cette dernière limite à son exposé. Toutefois, cette conception anatomo-pathologique ne saurait servir de base didactique. Tout au plus permettrait-elle d'isoler les syndromes dits hypophysaires ou les réactions choroïdiennes du IVe ventricule. L'auteur adopte donc la division générale suivante : signes communs d'abord, description topographique ensuite comprenant les syndromes hémisphériques, ceux de la fosse cérébrale postérieure et ceux de la base. La distinction entre un gliome et un méningiome peut être soupçonnée par la réaction beaucoup plus générale du premier et l'intensité des signes en foyer du second, mais le dernier mot du diagnostic reste à la ponction lombaire, à l'examen ophtalmologique et à l'exploration radiologique.

P. CARRETTE.

Syndrome du lobe frontal (Syndromo do lóbo frontal), par Anibal SILVEIRA. *São Paulo Medico*, nº 4, pp. 167-193, octobre 1934.

C'est à la physiopathologie qu'il faut demander de préciser les rapports de l'intelligence avec le cortex frontal. Les observations prouvent que les

©BIUM

altérations frontales se traduisent cliniquement par le manque d'initiative, la désorientation spatiale, le déficit intellectuel global. Le syndrome : amnésie de fixation, apathie, irritabilité est fréquemment signalé. Peu importe l'étiologie des lésions et leur nature, la gravité des troubles mentaux paraît bien plutôt être en rapport avec la localisation et l'extension des foyers lésionnels. L'auteur estime que l'anatomie pathologique devrait pouvoir localiser dans le lobe frontal le substratum de syndromes psychiques : intellectuels (désorientation allopsychique, troubles de fonctions élevées de synthèse, troubles de l'expression et de l'activité), et affectifs, ainsi que des syndromes neurologiques : troubles de l'équilibre, ataxie, troubles sensitivo-moteurs et convulsifs. L'observation de M. Silveira vérifie ces considérations grâce aux localisations fournies par la pneumo-encéphalographie.

P. CARRETTE.

La sclérose diffuse, encéphalite scléro-atrophiante (Encefalitis esclero-atrofiante [Esclerosis difusa]), par Ramón CARRILLO. *La Semana Medica*, nos 2124 à 2126, 27 septembre, 4 et 11 octobre 1934.

La sclérose diffuse attend encore son critère clinique et son nom véritable. Elle reste une conception surtout liée à des considérations anatomo-pathologiques. L'encéphalite péri-axiale diffuse de Paul Schilder, la sclérose centro-lobaire, l'encéphalite sclérosante sont autant de diagnostics d'autopsie et le syndrome a été réédifié par pièces, après coup. En effet, les diagnostics cliniques de scléroses diffuses de Schilder vérifiées sont rarissimes. Tumeur cérébrale, encéphalite, paralysie générale sont les erreurs habituelles. M. Carrillo tente d'établir des signes distinctifs valables à travers la variété des formes cliniques. Il propose comme limitation anatomique une désintégration inflammatoire de la substance blanche centrale, avec tendance à la bilatéralité sans déformations des hémisphères et comme bases cliniques une symptomatologie focale, extensive, à foyers successifs, fatale dans son évolution. Une possibilité de diagnostic serait tirée de deux groupes de considérations : 1° une individualisation topographique à trois types : occipito-pariétal, frontal et central ; 2° des distinctions symptomatiques telles que l'évolution progressive à changements brusques, la perte subite d'un sens, l'œdème papillaire incipiens, la symétrie des signes, l'intensité de l'hypertonie et enfin l'état psychique particulier, fait d'apathie, de désintérêt.

P. CARRETTE.

Encéphalopathie traumatique « Punch Drunk » des pugilistes professionnels (Traumatic Encephalopathy « Punch Drunk » of Professional Pugilists), par Harry-L. PARKER. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XV, n° 57, pp. 20-28, juillet 1934.

Le « punch drunk » décrit par Martland en 1928 est un syndrome neuro-psychique, survenant généralement après un certain nombre de rencontres, chez certains boxeurs professionnels. Le début est caractérisé par une maladresse de la marche, due à une légère ataxie par parésie uni-latérale, puis apparaissent le tremblement, la dysarthrie, l'hypoacousie, un ralentissement moteur à tendance progressive, de l'affaiblissement psychique. Parfois les troubles régressent. Les commotions cérébrales répétées provoquent des désordres

©BIUM

auxquels il manque une sanction anatomique. Il est vraisemblable que le développement des désordres est favorisé par des maladies à complications cérébrales comme la syphilis ou à localisation immédiate comme l'encéphalite épidémique.

P. CARRETTE.

La question de la pathogénie et de la psychopathologie du syndrome amnésique consécutif aux traumatismes craniens (Zur Frage des Patogenèse und Psychopathologie des amnestischen Symptomenkomplexes nach Schädeltraumeun), par R. KLEIN et A. KRAL (de Prague). *Zeitschr. f. d. g. Neur. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 134 à 175.

Ce remarquable travail est basé sur quatre observations dont l'évolution est conforme au cycle des psychoses commotionnelles tel que Schröder l'a décrit. Mais un point mérite d'être souligné, d'importance pathogénique. C'est la présence dans la deuxième phase d'une part des troubles du sommeil et d'autre part de ces états confusionnels avec désorientation. L'association de ces troubles prend tout son intérêt si l'on y joint encore l'état d'excitation ou de dépression de la phase terminale avec troubles kinétiques et de l'humeur. Tout cela laisse supposer le rôle des perturbations du cerveau moyen, des noyaux gris centraux. Par là s'expliqueraient aussi certaines analogies avec les psychoses de l'encéphalite léthargique. Les relations entre l'activité délirante, fabulatoire et les contenus du rêve doivent être soulignées, comme y insistait Gamper récemment. Comme le sommeil est la condition du rêve, les troubles végétatifs mésencéphaliques doivent être la condition de ces délires.

En définitive — c'est la thèse essentielle du travail — c'est beaucoup plus à des lésions des formations basales du cerveau que de l'écorce que paraissent dus les troubles (Kleist, Gamper, Kral). Ces psychoses traumatiques le prouvent mieux encore, disent les auteurs, que les psychoses de Korsakoff alcooliques (Gamper). Le déroulement des symptômes en trois phases avec les troubles de la conscience qu'ils impliquent correspondent aux troubles de la conscience étudiés par Pick et son école dans les lésions du tronc cérébral.

La partie la plus originale du mémoire est une tentative pour ajuster à ces vues pathogéniques la psychopathologie du syndrome amnésique. L'amnésie antérograde provient moins d'une absence totale de contenus, d'événements de conscience qui expliquerait la non-fixation en se représentant le trouble mécaniquement (non fixation d'engrammes) que d'un défaut d'intégration au noyau profond du moi des événements vécus dans des conditions bio-cérébrales anormales dépendant précisément des lésions nerveuses. A cette amnésie proprement déficitaire s'opposent les troubles antérogrades ou d'évocation. Une analyse longue, subtile de ces troubles les fait dépendre, non pas comme l'indiquait Wiersma du fait qu'une excitation forte inhibe tout le système associé car la disparition de la « situation » du traumatisme ne saurait être comparée à l'excitation forte prévalente, mais d'une oscillation générale du niveau psychique dont le trouble mnésique n'est qu'un cas particulier. C'est dans le même sens dynamique et « totalitaire » que les auteurs étudient — trop incomplètement — les relations de l'amnésie et de la fabulation, laquelle n'est pas un phénomène « positif ». L'hypothèse de

©BIUM

van der Horst qui subordonne les troubles de la mémoire à un trouble primitif de la « temporisation » est également réfutée. En définitive, l'ensemble des troubles ne peut s'expliquer pour les auteurs que par des perturbations dynamiques des relations du moi et du monde extérieur qui paraissent conditionnées par une rupture dans la régulation cortico-mésencéphalique. Pour si hypothétiques que soient trop souvent les vues des auteurs, il n'en reste pas moins que ce travail pourrait servir de modèle d'observation et de théorie proprement psychiatriques par son excellente utilisation des concepts psycho-physiologiques dynamiques. Dans la mesure où ceux-ci s'écartent de l'atomisme psychologique et du mécanicisme cérébral, ils engagent de tels problèmes dans une voie féconde.

Henri Ey.

L'aphasie motrice polyglotte (Über polyglotte motorische Aphasie), par Erwin Stengel et Josef Zelmanowicz (de Vienne). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 292 à 311.

Les auteurs, élèves de Pötzl, signalent la rareté des observations d'aphasie motrice parmi les aphasiques polyglottes dont l'histoire a été publiée (Pitres, Pick, Balint, Minkowski, etc.). Le cas qu'ils rapportent est celui d'une femme de 57 ans, cuisinière, qui parlait couramment l'allemand et le tchèque. Le tchèque était sa langue maternelle, elle avait appris l'allemand à Vienne, si bien qu'on ne la prenait jamais pour une tchèque. A la suite d'une hémorragie cérébrale d'origine traumatique et intéressant les centres du langage, la malade a présenté un syndrome aphasique remarquable en ceci qu'il n'y avait aucune atteinte élective de l'une ou l'autre langue. Il existait des interférences entre les deux « registres ».

Henri Ey.

Pour l'étude de l'aphasie de conduction (Zùr Lehre von der Leitungsaphasie), par Erwin Stengel (de Vienne). *Zeitsch. f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 266 à 291.

Observation d'une femme de 40 ans ayant présenté un ictus avec hémiplégie droite et paraphasie par pachyméningite hémorragique. On décide une intervention. Ponction et débridement du foyer hémorragique. Amélioration légère des troubles parétiques et aphasiques. Ce sont les troubles aphasiques, depuis ce moment jusqu'à sa mort deux ans après, qui sont exposés. Le trait le plus saillant du tableau clinique est évidemment les troubles caractéristiques de la répétition de la parole (que l'hypnose, point curieux à signaler, amendait). Les réactions associatives verbales aux mots inducteurs sont l'objet d'une étude détaillée. Les autres fonctions du langage étaient également altérées. L'autopsie a confirmé la présence d'un foyer hémorragique intéressant la 1re et 2e temporales. L'auteur tente de montrer que conformément aux conceptions de Kleist et de son maître Pötzl il y a dans l'aphasie de conduction, à côté d'un trouble du langage intérieur, une disparition de la sonorité verbale sur un fond de trouble plus essentiel du système de perception verbale. C'est donc aux vues de Goldstein sur les troubles de premier plan et d'arrière-fond que Stengel fait appel. Une telle observation ne paraît pas très typique de la fameuse aphasie de conduction décrite par Wernicke (langage spontané intact, im-

©BIUM

possibilité de répéter la parole entendue et troubles de la copie). L'aspect « sensoriel » de l'aphasie n'est pas très net dans ce cas. On peut se demander si l'interprétation pathogénique s'adresse à un type d'aphasie ou à un moment de l'évolution d'une aphasie. On sait combien en France (cf. Moutier dans sa thèse, p. 222 à 224) on a été jusqu'ici réservé à l'égard de cette forme d'aphasie. Ce travail justifie encore davantage une telle réserve.

Henri Ey.

Contribution à l'étude de la cécité psychique (Beiträge zur Lehre von der Seelenblindheit), par Niessl v. Mayendorf (Leipzig). Deux mémoires. *Zeitschr. f. d. ges Neuro. und Psych.*, 1934, Tome CXLIX, p. 68 à 102 et Tome CL, p. 643 à 670.

C'est une identité essentielle de la cécité psychique (terme qu'il préfère parce qu'il est plus général à celui d'agnosie visuelle) et des syndromes aphasiques que Niessl von Mayendorf entend démontrer dans ce travail considérable, basé sur une sérieuse analyse psychologique et sur une étude anatomo-pathologique remarquable, de cinq cas. Le premier cas est celui d'une dame Rotsahn, 59 ans, présentant une hémiplégie gauche sans troubles de la parole, avec cécité psychique partielle et alexie, hémianopsie homonyme. Il n'existait aucun trouble intellectuel important. Alexie complète pour les nombres. Cécité littérale. Elle lisait cependant une grande lettre C. Avec des lunettes elle pouvait lire quelques mots. Légère fabulation de compensation pour les mots qu'elle ne lisait pas. La malade ne pouvait pas lire sa propre écriture. Pour les images et les objets, il y avait une paragnosie optique qui était corrigée par l'exploration tactile ou les perceptions auditives. L'identification des objets était facilitée par le grand éclairage. Ces caractères essentiellement perceptifs de la cécité psychique trouvent leur explication dans les lésions siégeant sur l'hémisphère droit (la malade était droitière). Il s'agissait d'une thrombose complète des branches de l'artère cérébrale profonde intéressant le pulvinar et toutes les voies de réception optique, de telle sorte que l'hémisphère droit ne recevait pas d'excitations visuelles, mais le processus des dégénérations secondaires s'étendait à l'*hémisphère gauche*. Manthner a rapporté la cécité psychique décrite par Munk chez le chien à une perte de la vision centrale. Cela pourrait être le cas dans cette observation. Pour admettre que c'est par interruption seulement des voies commissurales reliant point par point les deux centres visuels perceptifs que se produit l'agnosie, il faudrait que les lésions de la convexité occipitale de l'hémisphère droit seules la produisent, ce qui ne correspond pas aux faits.

Le deuxième mémoire est consacré à l'étude du deuxième cas, celui d'un homme de 66 ans qui présentait une cécité verbale considérable avec agraphie, symptômes qui se sont améliorés dans la suite. Paragnosie optique (méconnaissance visuelle des objets). Pas de troubles de l'identification des couleurs, aucune amnésie pour les couleurs, aucun trouble de la reconnaissance des formes simples. Les lésions portaient sur l'hémisphère gauche et seulement sur celui-là. — Les autres observations mettent en lumière plus nettement encore la thèse défendue : l'importance comme dans l'aphasie de l'hémisphère gauche dans un trouble qui altère profondément la connaissance des choses. Les deux articles contiennent 23 belles photographies.

Henri Ey.

©BIUM

L'Apraxie dans les lésions du corps calleux. Observation de 3 cas (Apraxia in Corpus Callosum Lesions : Report of Three Cases), par Aaron BELL. *The Journal of Neurology and Psychopathology*. T. XV, n° 58, pp. 137-146, octobre 1934.

Les syndromes dits du corps calleux englobent généralement des signes nombreux et variés dus à l'extension des lésions aux zones frontales sous-corticales. Il a toujours été impossible de préciser un syndrome mental spécifique du corps calleux. M. Bell y localise l'apraxie. Dans 2 observations, il signale des troubles de la démarche sans atteinte musculaire, ni ataxie ; dans une troisième, il montre l'apraxie des mouvements de la langue et de la déglutition. Le diagnostic clinique a pu être vérifié anatomiquement.

P. CARRETTE.

Contribution à la question des troubles d'agnosie dans l'encéphalite épidémique, par Mme E. L. KAGANOWSKAIA (*Sowietskaia nevropatologuia psychiatria i psychologuiguiena*, T. III, fasc. 8, 1934).

L'agnosie visuelle observée par l'auteur au cours d'un cas d'encéphalite épidémique était caractérisée par le fait que les images des objets figurés ne pouvaient pas être reconnues par la malade tandis que les objets réels étaient parfaitement distingués. Il existait une sensation d'incertitude de perception. L'agnosie visuelle de la malade se distinguait par le passage de la perception à un degré inférieur où l'abstraction optique était diminuée en proportion étroite avec les troubles intellectuels et affectifs concomitants.

FRIBOURG-BLANC.

Les modifications respiratoires au cours de l'encéphalite épidémique (Die Atmungsveränderungen im Verlaufe der Encephalitis epidemica), par H. SCHMID. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. XXXV, 2, 1935.

C'est une étude d'ensemble des troubles respiratoires au cours de l'encéphalite épidémique chronique. Une observation personnelle — crises paroxystiques accompagnées d'apnée, chez un sujet âgé de 40 ans — sert de point de départ. Les divers aspects cliniques, la pathogénie, la physiologie et l'anatomie pathologiques, le pronostic, la thérapeutique sont successivement traités. Les rapports avec certains troubles hystériques, ressemblance clinique, rapports physiopathologiques possibles, sont discutés ; d'ailleurs l'influence des facteurs psychogènes dans le déclanchement et le déroulement des crises paroxystiques postencéphalitiques est indéniable et l'effet bienfaisant de la psychothérapie est démontré par l'expérience clinique.

E. BAUER.

Epilepsie et Encéphalite épidémique, par E. ZARA. *L'ospedale Psichiatrico*, janvier 1935.

L'auteur montre trois cas d'épilepsie chez des malades ayant présenté une atteinte d'encéphalite léthargique.

Il rappelle à ce sujet la littérature se rapportant à de telles observations et discute le problème de l'épilepsie extra-pyramidale.

P. ABÉLY.

©BIUM

Encéphalite léthargique grave consécutive à une éruption de zona et rapidement guérie par des injections intra-veineuses de salicylate de soude, par Gilbert LÉVY et Albert PIÉRA (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 janvier 1934).

Observation d'un malade, âgé de 59 ans, ayant présenté, après une éruption zostérienne très douloureuse de l'hémithorax, des phénomènes nerveux avec somnolence, raideur de la nuque, signe de Kernig, parésie du bras gauche avec diminution des réflexes de ce côté et signe de Babinski. Hémoculture négative, liquide céphalo-rachidien normal. Les auteurs considérant leur cas comme une encéphalite léthargique post-zostérienne, instituent le traitement par des injections intra-veineuses de salicylate de soude (1 gr. 50). Amélioration progressive et guérison clinique. Rappel rapide de cas analogues et brèves considérations sur « l'encéphalite zostérienne ». Les auteurs ne croient pas à la dualité de l'encéphalite et du zona, mais à l'existence d'un même virus créant l'ensemble du tableau clinique.

SENGÈS.

Troubles du tonus et de la motilité du tube digestif, démontrés par l'examen anatomopathologique, chez des encéphalitiques soumis à la cure atropinique. (Anatomisch nachgewiesene Folgen von Tonus und Motilitätsstorungen des Verdaunngskanals bei Enzephalitikern, die mit Atropin behandelt wurden), par H. SIEGMUND *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1935 12.

L'auteur rapporte les résultats de six autopsies d'encéphalitiques traités par l'atropine à la dose de 60 à 75 milligrammes par jour en moyenne. Dans cinq cas, il a trouvé une dilatation considérable, plus ou moins généralisée, du gros intestin ; un de ces malades était mort d'iléus paralytique, deux d'ulcérations intestinales avec perforation ; deux de maladies intercurrentes sans rapport avec le mégacolon. Un autre sujet mort après avoir présenté des vomissements incoercibles, était atteint de dilatation extrême de l'estomac avec atonie complète et dilatation du duodénum.

E. BAUER.

Paroxysmes oculaires et palilalie (Ocular Paroxysms and Palilalia), par Ludo van BOGAERT. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXX, n° 1, pp. 48-61, juillet 1934.

Les spasmes oculogyres ont constitué une des manifestations les plus typiques décrites depuis la découverte de l'encéphalite épidémique. Or, ces crises ne forment pas un trouble isolé. Elles ne sont qu'une répercussion des conditions spéciales intéressant les systèmes extrapyramidal et végétatif, ainsi que la sphère psychique. Il s'agit d'états d'inhibition et M. van Bogaert montre, à propos d'observations de palilalie dans 3 cas de parkinsonisme, les relations étroites qui unissent les crises oculogyres avec les phénomènes d'itération et inhibiteurs de la parole, non seulement dans leur expression, mais au sens le plus large de leur interprétation psychomotrice.

P. CARRETTE.

©BIUM

Du syndrome parkinsonien au cours de l'intoxication chronique par le manganèse, par V. Sourate. *Revue Neurologique*. T. I, n° 5, pp. 678-687, mai 1934.

Dans l'intoxication, généralement professionnelle, par le manganèse, on peut observer des troubles amyostatiques à évolution assez rapide. Les conditions étiologiques seules aident à différencier le syndrome d'allure parkinsonienne. La formule sanguine, les particularités cliniques, telles que l'affaiblissement génital et la « démarche en coq », signalés par certains, n'ont pas — pour M. Sourate — de valeur pathognomonique.

P. Carrette.

Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Parkinson (El trauma psíquico en la etiología de la enfermedad de Parkinson), par J.-L. Alvarez Sala et J.-M. Díaz Flórez. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVII, n° 16, pp. 426-429, 21 avril 1934.

Le trauma psychique était autrefois le facteur étiologique capital admis dans la maladie de Parkinson. Depuis l'encéphalite épidémique, un revirement complet a suivi l'examen approfondi des faits. Les auteurs présentent deux malades chez lesquels la paralysie agitante survint après un choc émotif. Cause apparente, occasionnelle et favorisante, concluent-ils et ils montrent que l'étiologie véritable doit être cherchée ailleurs : encéphalite méconnue, évolution progressive d'une psychasthénie chronique avec sclérose cérébrale.

P. Carrette.

Narcolepsie et Cataplexie postencéphalitique. Inexcitabilité électrique des muscles et des nerfs moteurs pendant l'attaque de cataplexie (Postencephalitic Narcolepsy and Cataplexy. Muscles and Motor Nerves Electrical Inexcitability During the Attack of Cataplexy), par J.-C. Mussio Fournier et Rufino-A. Larrosa Helguera. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXX, n° 2, pp. 159-162, août 1934.

Les réactions électriques spéciales, les spasmes sterno-cléido-mastoïdiens et pelviens, plaident en faveur du diagnostic d'encéphalite épidémique. Les troubles myasthéniques ont été signalés comme réactions post-encéphalitiques ; ils ne font pas partie de la narcolepsie essentielle. Les spasmes au cours d'attaques cataleptiques n'entrent pas dans le tableau du syndrome de Gélineau.

P. Carrette.

Les narcolepsies. Types cryptogénétiques et symptomatiques (The Narcolepsies : Cryptogenetic and Symptomatic Types), par J. Notkin et Smith Ely Jelliffe. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXI, n° 3, pp. 615-634, mars 1934.

La narcolepsie n'est pas une maladie, mais un groupe de signes survenant dans des conditions diverses. MM. Notkin et Jelliffe rappellent les formes connues suivantes : attaques des psychonévroses, de la psychose maniaque-dépressive et de la schizophrénie ; manifestations hypertoniques de l'encéphalite épidémique ; crises observées dans les autres affections organiques

©BIUM

du système nerveux : attaques combinées avec l'épilepsie. Reste toute une catégorie de faits d'une étiologie douteuse, provisoirement considérés comme cryptogénétiques. 7 observations nouvelles sont publiées. Il semble que les types idiopathiques s'accommodent des 2 variétés d'attaques, narcoleptiques et cataleptiques. Toutes ces considérations incitent les auteurs a rapprocher étroitement la narcolepsie et l'épilepsie. Aux points communs cités, ils ajoutent : l'éventualité d'une aura, les manifestations hyperkinétiques, confusionnelles, l'intrication des 2 syndromes et de leur hérédité.

P. CARRETTE.

Les encéphalites humaines épidémiques, par C. LEVADITI, Mlle R. SCHOEN et Jean LEVADITI. *La Presse Médicale*, n° 98, pp. 1973-1977, 8 décembre 1934.

L'apparition de l'encéphalite léthargique a fixé l'attention du monde médical avec une telle intensité que la découverte de nouveaux foyers d'encéphalite évoque inévitablement la maladie de von Economo. Certaines manifestations lui appartiennent assurément, non pas comme séquelles, mais comme poussées nouvelles d'une infection à évolution capricieuse et incidieusement persistante. Cependant, deux épidémies ont été signalées en 1933, l'une au Japon, l'autre aux Etats-Unis. On a établi des différences cliniques entre ces encéphalites et l'encéphalite léthargique. Les constatations biologiques justifient-elles cette distinction ? MM. Levaditi et Mlle Schoen l'affirment. L'expérimentation sur l'animal, l'histopathologie, l'étude des propriétés virulicides du sérum, les réactions antigéniques prouvent que le virus neurotrope isolé récemment au Japon, pathogène pour le singe, diffère du virus de la maladie de von Economo, lequel, tout en appartenant à la même famille, d'ultravirus que l'agent de l'épidémie américaine, en diffère néanmoins par ses affinités dermotropes et son action sur le lapin, « espèce animale de choix dans l'étude expérimentale de l'herpès ». Les agents pathogènes engendrent des encéphalopathies infectieuses et contagieuses et non pas une encéphalite épidémique, une et indivisible. Nous observons bien la variabilité des effets, mais le pourquoi des modifications subies par les ultravirus dans leurs affinités tissulaires nous échappe.

P. CARRETTE.

De l'encéphalite dans l'endocardite lente. (Über Encephalitis bei Endocarditis lenta), par Anton MELCHER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIV, 2, 1934.

L'auteur rapporte 10 observations de malades traités à la Clinique Médicale de Zurich, pour endocardite lente. Dans 7 cas, il s'agissait d'encéphalite, parfois avec méningite séreuse concomitante, parfois avec rétinite et névrite optique associées. Les symptômes les plus fréquemment observés sont : la somnolence, l'apathie, les altérations psychiques, les troubles pyramidaux tels que perturbations des réflexes normaux, réflexes pathologiques, diminution du tonus musculaire, affaiblissement unilatéral de la force musculaire, parésies dans les territoires des nerfs craniens, facial et hypoglosse notamment, hémiplégie, tremblement, rigidité des membres inférieurs, ataxie cérébrale, dans 2 cas crises épileptiformes. L'encéphalite est une complication plus fréquente de l'endocardite lente, que les lésions circonscrites, emboliques ou hémorragiques.

E. BAUER.

©BIUM

Encéphalite zostérienne, par Arnold NETTER (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 30 janvier 1934).

M. Arnold Netter présente quelques observations au sujet de la communication faite dans la séance précédente par MM. Gilbert Lévy et A. Piéra (séance du 23 janvier). Rappelant quelques publications étrangères et ses propres travaux sur la question depuis sa première communication du 29 juin 1920, il montre que l'existence d'une encéphalite zostérienne est bien établie par les recherches de laboratoire aussi bien que par la clinique. L'encéphalite zostérienne trouve sa place à côté des encéphalites de la varicelle, des vaccinés, de l'herpès, de la rougeole, des oreillons, etc. Il ne semble pas, comme semblent le croire MM. Gilbert Lévy et A. Piéra, qu'il faut attribuer à l'infection zostérienne certains cas d'encéphalite épidémique. Le virus de cette encéphalite n'est pas encore isolé, mais son individualité semble bien établie et l'un de ses traits essentiels est sa longue persistance à l'état latent chez ses victimes. L'argument de la guérison de leur malade par les injections de salicylate de soude, mis en avant par les auteurs, n'a pas de valeur absolument probante, la guérison définitive ne pouvant être affirmée qu'au bout de 5 ans, au moins, ce qui n'est pas le cas dans l'observation de MM. Gilbert Lévy et A. Piéra.

SENGÈS.

Complications cérébrales des suppurations putrides pleuro-pulmonaires (Cerebral Complications of Putrid Pleuropulmonary Suppuration), par Ira COHEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXII, n° 1, pp. 174-183, juillet 1934.

L'auteur suppose que dans tous les cas rapportés il s'agit d'un embolus. Schématiquement il évolue suivant 3 modes : il produit soit un abcès du cerveau, soit une organisation aseptique, soit une réaction diffuse. Les 2 premier cas donnent des localisations neurologiques : paralysies, dyspnée convulsions, avec ou sans coma. Les psychoses sont du type dépressif, avec anxiété, troubles sensoriels ou confusion.

P. CARRETTE.

Complications neurologiques de la parotidite épidémique. Observation d'un cas de myélite parotidique (Neurologic Complications of Epidemic Parotitis. Report of a Case of Parotitic Myelitis), par Carle-B. Mc KAIG et Henry W. WOLTMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T, XXXI, pp. 794-808, avril 1934.

Peu d'organes échappent aux complications de la parotidique épidémique. On ignore s'il s'agit d'infection généralisée ou de réveil secondaire d'un virus latent, mais il semble bien que dans certains cas la preuve est faite qu'une infection unique touche la parotide et le système nerveux, le second parfois avant la première. Parmi les syndromes observés dans la littérature et ceux décrits par les auteurs, il faut citer l'encéphalite, délire avec agitation et troubles sensoriels, la myélite, les névrites, en particulier optique et acoustique. La fréquence de la méningite latente, révélée par les altérations du liquide céphalo-rachidien indique assez l'étendue des réactions générales

©BIUM

dans les parotidites épidémiques et de notre ignorance quant au processus pathologique lui-même.

P. CARRETTE.

Névroses associées aux troubles gastro-intestinaux (Neuroses Associated with the Gastro-Intestinal Tract), par George-E. DANIELS. 90e meeting annuel de l'*American Psychiatrie Association*, New-York, 28 mai-1er juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*. T. XCI, n° 3, pp. 529-540 novembre 1934.

Les névroses au cours des syndromes somatiques posent le problème de l'interdépendance des signes cliniques. La discussion n'est pas seulement académique ; elle base le traitement. A l'origine des troubles gastro-intestinaux dans les névroses, il existe, d'après M. Daniels, des manifestations de la libido, indiquant des anomalies d'évolution avec anxiété, tendances au narcissisme, hypocondrie.

P. CARRETTE.

Aspects dynamiques de la symptomatologie cardiovasculaire (Dynamic Aspects of Cardiovascular Symptomatology), par Theodore-P. WOLFE. 90e meeting annuel de l'*American Psychiatrie Association*, New-York, 28 mai-1er juin 1934, in *The American Journal of Psychiatry*. XCI, n° 3, pp. 563-574, novembre 1934.

Le langage courant localise dans le cœur le centre de l'émotivité et des impressions sthéniques. Qu'une lésion l'envahisse, l'anxiété se développe parallèlement. Sans s'attarder à la recherche des perturbations psychiques plus ou moins fortuitement associées aux cardiopathies, l'auteur montre l'importance des troubles fonctionnels au début des lésions valvulaires, des myocardites avec tachyarythmie, des aortites et des syndromes d'hypertension. Le facteur émotif rend les manifestations cliniques essentiellement changeantes. Non seulement les signes subjectifs varient, mais les constatations manométriques, les preuves d'insuffisance subissent les effets d'une névrose qui précède, accélère et complique l'installation définitive des troubles organiques. Une thérapeutique logique des désordres cardio-vasculaires doit faire appel aux sédatifs et modifier les conditions psychiques en luttant contre les facteurs d'anxiété et d'hypocondrie.

P. CARRETTE.

La maladie de Gee, par T. IZOD BENNETT. *La Presse Médicale*, n° 75, pp. 1459-1463, 19 septembre 1934.

Les premières observations de Gee publiées en 1888 concernaient des enfants. L'auteur nommait le syndrome : « la maladie cœliaque ». Plus tard les observateurs ont complété la description initiale par des constatations chez l'adulte. Les dénominations de « sprue non tropicale » ou de « stéatorrhée idiopathique » ne correspondent pas mieux à la réalité que celle de « maladie cœliaque » pour désigner le syndrome de Gee caractérisé par des déformations osseuses par décalcification, la stéatorrhée, l'anémie grave différente du type addisonien et une tétanie latente qui ne paraît pas liée à des troubles parathyroïdiens. La nature de la maladie reste inconnue. On suppose cependant qu'il s'agit d'un trouble de la nutrition d'origine intestinale.

P. CARRETTE.

©BIUM

Sur une forme spéciale d'arriération grave accompagnée de myosclérose. Contribution à l'étude des troubles psychiques qui accompagnent les myopathies (Su di una speciale forma di grave frenastenia accompagnata da miosclerosi. Contributo allo studio dei disturbi psichiciche accompagnano le miopatie), par Carlo Berlucchi (de Pavie). *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, Décembre 1934, p. 453 à 558.

Cette très importante monographie consacrée à l'étude des syndromes neuro-psychiques de l'arriération est surtout intéressante par la description de trois cas d'arriération grave myosclérotique. Ce sont des enfants « de pauvres », dystrophiques et congénitalement arriérés. Les troubles myopathiques apparaissent vers l'âge de sept ans. Ce sont des idiots ou des imbéciles plutôt hilares et bonasses, parfois cependant désagréables. Leur pression sanguine est élevée. Ils présentent un déséquilibre neuro-végétatif avec troubles moteurs remarquables pouvant même entraîner la mort. Très abondante bibliographie. L'auteur paraît cependant ne pas connaître les travaux de Wallon.

Henri Ey.

Un cas de tabo-paralysie précoce (Un caso di tabo-paralisi precoce), par Renato Cristini (de Naples). *Rivista di Neurologia*, Avril 1935, p. 293 à 296.

Intéressante observation, à propos de laquelle l'auteur rappelle celle de Marchand et Picard, d'un syphilitique ayant présenté cinq mois après le chancre, des troubles mentaux évoluant avec ictus et progression démentielle rebelles à tout traitement.

Henri Ey.

PSYCHOLOGIE

La paresse chez l'écolier, par G. Paul-Boncour. *Le Progrès Médical*, n° 36, pp. 1405-1415, 8 septembre 1934.

L'auteur propose la définition suivante de la paresse chez l'enfant : « Une attitude en vertu de laquelle un écolier ne fait pas l'effort nécessaire pour accomplir la tâche qui lui est prescrite. » Cette attitude peut résulter d'un défaut, d'une maladie, d'une incapacité, d'une série de mauvaises habitudes. Elle ne serait pas un état idiopathique, mais un symptôme dont le médecin doit rechercher les causes et les remèdes. Les causes sont extrinsèques ; il faut modifier l'ambiance ; ou intrinsèques. Elles relèvent alors de troubles organiques, endocriniens assez souvent, qui rendent le sujet apathique, excité ou instable. Tous ces états anormaux portent en eux-mêmes l'indication d'une thérapeutique. Quant au surmenage scolaire, ce n'est pas un paradoxe de dire qu'il n'existe pas. L'enfant réagit à l'effort excessif qu'on veut lui imposer par l'inattention. C'est un moyen de défense que seuls les sujets atteints d'une fragilité nerveuse trop grande ne mettent pas en œuvre. L'expérience de M. Paul-Boncour confirme cette observation qui sépare nettement le comportement de l'enfant de celui de l'adolescent et de l'adulte.

P. Carrette.

©BIUM

Etude critique de la valeur sélective du certificat d'études et comparaison de cet examen avec une épreuve par tests, par H. PIÉRON, Mme H. PIÉRON et H. LAUGIER. *La Prophylaxie Mentale*, Janv.-Mars 1935.

Ayant appliqué des tests à des élèves dont ils connaissaient le classement scolaire et les résultats au certificat d'études, les auteurs ne constatent pas de corrélations très importantes entre les trois ordres de résultats (supériorité dans les tests et faiblesse scolaire, ou inversement). Mais pour connaître la méthode de sélection la plus sûre, il faudrait contrôler la valeur de ces méthodes par l'avenir social des enfants devenus adultes — ce qui est pratiquement impossible. — Aussi apparaît-il que les épreuves « devraient servir beaucoup moins à établir un classement global, qu'à fournir pour chaque enfant, un profil analytique... qui le situe dans un groupe homogène pour chaque aptitude envisagée ».

A. COURTOIS.

Le problème de la vieillesse, par E. TOULOUSE. *La Prophylaxie Mentale*, Janv.-Mars 1935.

L'auteur montre que les méthodes de la biotypologie appliquées à l'étude systématique des vieillards peuvent, comme pour d'autres groupes humains, être utilement appliquées. Elles permettront sans doute de séparer parmi les symptômes actuellement connus, ceux qui paraissent fondamentaux de ceux qui ne sont qu'accessoires.

De plus, M. Toulouse réfute certaines objections faites aux méthodes biotypologiques à qui l'on reproche d'être coûteuses, de ne pas apporter d'élément vraiment nouveau, surtout dans la connaissance des agents étiologiques, et enfin de n'avoir pas jusqu'ici donné de résultats très importants dans les pays où ses méthodes sont utilisées. Il s'élève enfin contre l'application de la biotypologie « à des fins suspectes, d'inspiration étrangère à l'objet de la science désintéressée ».

A. COURTOIS.

Données modernes psychologiques et psychopathologiques sur la question du génie, par M. SCHACHTER. *Le Progrès Médical*, nº 41, pp. 1577-1578, 13 octobre 1934.

L'auteur fait surtout état des conceptions de Lange-Eichbaum pour étayer son opinion. Le problème du génie n'est pas fonction des individus, mais de l'opinion publique; c'est une question de sociologie qui ne dépend ni de la grandeur du talent, ni du type de la création, ni de la hauteur de l'inspiration.

Le génie est une sanction des masses qui trouvent chez un individu une tendance à réaliser ses espoirs, ses besoins, son idéal. Cet individu est généralement doué d'une hyperactivité, d'une hyperesthésie, qui touchent au déséquilibre. Il connaît et exprime la souffrance humaine. Souvent l'intelligence très ouverte coïncide avec la maladie ou la débilité physiques. Dans d'autres cas on peut retrouver l'histoire très nette d'épisodes psychopathiques, mais si des cas de déchéance mentale sont avérés, ils se rapportent à la terminaison lamentable de carrières remplies de créations réalisées en pleine santé morale.

P. CARRETTE.

©BIUM

ENDOCRINOLOGIE

Les tumeurs de l'hypophyse. Leur diagnostic précoce et les indications thérapeutiques, par Pierre PUECH. *Annales de thérapie biologique*, n° 1, 15 octobre 1934.

La complexité du problème hypophysaire ne saurait rebuter le clinicien à qui M. Puech expose les moyens simples d'identifier précocement un syndrome et les conditions d'application de la radiothérapie et du traitement chirurgical. Les troubles génitaux et dystrophiques, la céphalée sans hypertension, sans signes neurologiques, ni acromégalie sont les caractéristiques des adémones chromophobes. L'acromégalie est le résultat des adémones acidophiles. L'hémianopsie bitemporale inaugure la série des troubles oculaires dont il ne faut pas attendre l'éclosion. Un ensemble de signes biologiques très nets complétant l'obésité pléthorique, l'hypertrichose et l'acrocyanose réalise le basophilisme de Cushing. Enfin, chez l'enfant, le plus souvent, l'hypertension intracranienne avec suffisance hypophysaire, perturbations des fonctions hypothalamiques et signes de compression directe du chiasma témoignent du développement des cranio-pharyngiomes. Les diverses formes d'investigation radiographique évitent une confusion avec des tumeurs voisines : méningiomes, gliomes, cholestéatomes, avec l'anévrysme de l'hexagone de Willis, les localisations infectieuses ou parasitaires et l'arachnoïdite opto-chiasmatique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude radiologique des tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire, par P. PUECH et L. STUHL. *La Presse Médicale*, n° 92, pp. 1849-1853, 17 novembre 1934.

L'examen radiologique ne sert pas seulement à démontrer l'existence d'une tumeur de la région hypophysaire, il permet dans un bon nombre de cas de préciser la nature du mal. Son usage s'impose dans les tumeurs de l'hypophyse : adénomes et craniopharyngiomes où les lésions turciques sont fréquentes, signe différentiel avec les tumeurs juxtasellaires s'attaquant aux voies optiques ou même olfactives, aux formations osseuses et en particulier au sphénoïde.

P. CARRETTE.

L'alopécie habituelle de l'homme adulte, défaut de l'équilibre hypophyso-génital, par Enrique CANTILO. *La Presse Médicale*, n° 75, pp. 1465-1466, 19 septembre 1934.

La séborrhée ne suffit pas à expliquer l'alopécie puisqu'elle n'épargne pas le cuir chevelu féminin, ni la barbe de l'homme sans y provoquer la chute du poil. M. Cantilo dénonce à l'origine de l'alopécie masculine un déficit de l'hypophyse gonadotrope et signale les heureux résultats du traitement par l'hormone pré-hypophysaire.

P. CARRETTE.

©BIUM

Les corrélations hypophyso-endocriniennes. I. Hypophyse et thyroïde, par R. Rivoire. *La Presse Médicale*, n° 75, pp. 1466-1470, 19 septembre 1934.

Les dernières recherches endocrinologiques ont permis une acquisition dont les conséquences paraissent devoir être capitales. Il s'agit du rôle endocrino-stimulant du lobe antérieur de l'hypophyse qui contrôlerait les autres glandes par voie humorale. En ce qui concerne la thyroïde, l'hyperpituitarisme jouerait un rôle dans le développement de certaines maladies de Basedow, résultant de la transformation de goitres simples et l'hypothyroïdie pourrait être la conséquence de troubles de la sécrétion d'hormones hypophysaires.

P. Carrette.

Résultats d'une troisième série de mesures relatives à la question des rapports de la radioactivité et du goître (Ergebnisse einer dritten Messungsserie zur Frage des Zusammenhangs zwischen Radioaktivität und Kropf), par Théo Lang (Munich). *Zeitschrift f. d. g. Neuro. und Psych.*, Tome CXLIX, p. 700 à 710.

Nous signalons cet article où sont exposées des mesures très précises sur la radioactivité des eaux des pays bavarois, en raison de son abondante bibliographie sur les conditions géologiques et physiques du goitre endémique. L'auteur souligne le parallélisme entre l'intensité de l'endémie goitreuse et la radioactivité des gaz du sol, mesurée par la méthode d'Elster-Geitel.

Henri Ey.

Hyperparathyroïdie et syndromes angiospastiques. Résultats de la parathyroïdectomie partielle dans l'endartérite du type Buerger et dans l'endartérite diabétique ; contribution clinique et interprétation physiopathogénique, par P. Bastai et G.-C. Dogliotti. *La Presse Médicale*, n° 90, pp. 1766-1769, 10 novembre 1934.

La fonction parathyroïdienne régulatrice du calcium de l'organisme est sympathicotonique et vaso-constrictrice. L'hyperactivité de la glande exagère la vaso-motricité ; elle est responsable d'un certain nombre d'endartérites. Les interventions chirurgicales locales n'ayant le plus souvent qu'un effet transitoire, il vaut mieux recourir à la parathyroïdectomie.

P. Carrette.

Tétanie expérimentale chez le chien et vitamine D (Tetania experimental en el perro y vitamina D), par J. A. Collazo et A. Santos-Ruiz. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVII, n° 43 pp. 1185-1194, 27 octobre 1934.

Les auteurs présentent une contribution expérimentale à l'étude des relations entre l'hormone parathyroïdienne et l'ergostérine irradiée, forme pharmaceutique de la vitamine D. Grâce à l'administration de cette dernière substance, ils préviennent l'apparition de la tétanie parathyréoprive chez le chien. Le mécanisme de cet effet curatif est le maintien de la calcémie à son niveau normal. Par contre, l'augmentation de la phosphémie consécutive à l'expérience réalise un antagonisme de l'action de la para-

©BIUM

hormone. Ce qui tendrait à prouver que le phosphore ne joue aucun rôle. L'effet de la vitamine D est plus prolongé que celui de la parahormone et son emploi présente un grand intérêt en clinique humaine pour la prophylaxie ou le traitement de la tétanie.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Comment l'hôpital peut-il être adapté le plus rationnellement aux besoins de l'hygiène mentale ? (Wie Kann das Krankenhaus am zweckmässigsten den Aufgaben der psychischen Hygiène nutzbar gemacht werden), par H. RŒMER, d'Illenau). *Zeitschrift für psychische Hygiene*, Vol. VIII, pages 40 à 59, 1935.

L'organisation hospitalière ne doit pas négliger l'hygiène mentale des malades, condition essentielle d'un bon rendement social. L'auteur donne les directives quant à l'installation, à l'outillage, au fonctionnement, au régime des malades. Une action psychique constante doit s'exercer sur les convalescents et les chroniques en vue de faire renaître et de vivifier le goût de l'activité et d'accélérer la réadaptation sociale. L'heure matinale de gymnastique, selon l'exemple américain, et le travail sont de précieux auxiliaires. L'hôpital psychiatrique tout particulièrement doit être inspiré de ces principes, dans son organisation. L'auteur signale les résultats de la Arbeitstherapie selon Simon, grâce à laquelle, dans les asiles allemands, 70 à 80 p. cent des malades ont une activité utilitaire. En dehors des heures du travail, l'activité est stimulée par la gymnastique, les sports et les jeux. Mais la tâche de l'hôpital moderne ne se borne plus aux soins des malades hospitalisés. Polyclinique, service de soins à domicile, service social permettent d'atteindre tous les sujets et de collaborer activement à l'œuvre d'hygiène et de relèvement de la santé publique. L'assistance psychiatrique à domicile est organisée en Allemagne selon deux formules : le système de Gelsenkirchen, développé par Wendenburg, dans lequel elle dépend des offices sanitaires communaux, et le système d'Erlangen, créé par Kolb, dans lequel elle dépend des asiles. Enfin beaucoup de services hospitaliers, les services de chirurgie, de gynécologie et de psychiatrie notamment, doivent collaborer à une œuvre importante nouvelle : la lutte contre les maladies hérédo-dégénératives, consacrée par la Loi de stérilisation.

E. BAUER.

Considérations sur l'avenir chez les chômeurs, les malades mentaux et les sujets normaux en Grande-Bretagne (Outlook upon the Future of British Unemployed, Mental Patients, and Others), par Nathan ISRAELI. *Social Science Research Council*, New-York, 1935.

Les conditions de la vie moderne sont devenues si difficiles que l'état mental des individus s'est trouvé influencé par la persistance du déséquilibre social. La terreur du lendemain remplace parfois l'horreur du passé dans les ruminations douloureuses des mélancoliques anxieux. M. Israeli a posé de nombreuses questions dans tous les milieux. Sauf chez le maniaque, irréductible optimiste, et chez le schizophrène, indifférent à tout ce

©BIUM

qui n'est pas son rêve, partout il a retrouvé l'inquiétude de l'avenir et parfois à tel point qu'elle forme le noyau obsédant d'un véritable état pathologique. Chez des sujets condamnés à l'inactivité, la personnalité subit une réelle détérioration dont l'importance n'a pas suffisamment retenu l'attention des sociologues, des gouvernants et des employeurs.

P. CARRETTE.

Les désordres provoqués par l'alcoolisme (Los estragos que causa el alcoholismo), par Ignacio-Garcia TÉLLEZ. *Asistencia*, nº 2, pp. 39-41, 15 septembre 1934.

Après avoir passé sommairement en revue les dégâts imputables à l'alcoolisme dans la vie sociale, familiale et individuelle, l'auteur envisage les remèdes : législation restrictive progressive de la vente de l'alcool et des établissements de consommation par une sorte de prohibition à effet lent et continu pour laquelle les mesures légales s'harmoniseraient avec une œuvre de propagande parallèle avec sanctions, assistance des alcooliques, éducation à l'école, à l'atelier, formation de ligues, suggestion par tous les moyens modernes de divulgation des idées.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

Les réactions psychosiques liées à l'organisation des établissements psychiatriques, par S. OBERE (*Nowiny Psychjatryczne*, T. XII, fasc. 1-2, 1935).

Le caractère coercitif que présentent les Asiles psychiatriques, leur organisation qui a pour but de protéger la Société devant le danger que présente l'aliéné pour l'ordre public et pour lui-même, enfin les moyens thérapeutiques qui visent une agglomération de malades créent des conditions favorables à l'éclosion de troubles psychosiques de nature réactionnelle.

L'auteur souligne la nécessité de les éviter et de les traiter par des méthodes rationnelles afin d'empêcher l'intervention de ces mécanismes psychiques nocifs pour les malades.

FRIBOURG-BLANC.

Projet d'assistance aux enfants anormaux, dans le département du Doubs, par Maurice DESRUELLES. *Revue Médicale de la Franche-Comté*, nos de février et mars 1935.

Sait-on qu'il y a en France 46.000 anormaux dont 35.000 rééducables ? — qu'on en assiste actuellement 2.000 ? — que sur ces 2.000 enfants la moitié trouve l'éducation spécialisée qui lui convient dans nos départements d'Alsace-Lorraine ? — La Suisse, l'Allemagne, les Etats-Unis rééduquent la presque totalité de leurs arriérés perfectibles. Et cependant c'est de France qu'est parti le mouvement en faveur de l'enfance anormale. On n'a pas oublié les efforts de Falret et de Voisin, de Seguin, de Bourneville. Que de projets sans lendemains depuis ces actifs précurseurs ! — On trouve bien quelques réalisations partielles. Citons surtout la remarquable initiative de M. Peretti della Rocca, ayant abouti à la consultation de neuropsychiatrie infantile de Troyes, faite par Mlle S. Serin. La persévérante

©BIUM

activité de M. Desruelles porte actuellement ses fruits dans le département du Doubs. Grâce à la faveur du Préfet, à la collaboration du Syndicat départemental et de membres compétents du corps médical de la région, l'assistance médico-pédagogique aux enfants anormaux en Franche-Comté est en train de devenir une réalité.

P. CARRETTE.

Un nouveau service de neuro-psychiatrie infantile à l'Asile de Vaucluse, par Maurice BRISSOT. *L'Aliéniste Français*, nº 8, pp. 507-519, octobre 1934.

Le nouveau service installé par le département de la Seine à l'Asile de Vaucluse est destiné aux enfants anormaux. Il comprend 209 lits. Du point de vue de l'installation, de l'hygiène et des possibilités thérapeutiques, la construction nouvelle est très heureuse. Les quatre pavillons assurent : 1. les services généraux, 2. l'alitement, 3. l'infirmerie, 4. l'hospitalisation de malades demi-valides et des services d'héliothérapie, de physiothérapie (diathermie, actinothérapie) qui témoignent d'un effort considérable dont pourront bénéficier nombre d'enfants débilités, rachitiques et convalescents.

P. CARRETTE.

L'installation de services neuro-psychiatriques dans les hôpitaux généraux (La instalación de Servicios neuropsiquiátricos en los hospitales generales), par le professeur HOFFMANN (de Berlin). *Archivos de Neurobiologia*. T. XIV, nº 3, pp. 493-498, 1934.

L'enquête du professeur Hoffmann lui a permis de constater que les grandes villes possédaient peu de services de neuro-psychiatrie reliés à leurs hôpitaux généraux. Il en défend le principe et souhaite leur développement. Il préconise des pavillons isolés, de petites dimensions, dirigés par des médecins spécialisés, bons administrateurs. Le service de neuro-psychiatrie dans un hôpital général peut être un excellent moyen d'assistance, d'enseignement, de traitement des phases aiguës des syndromes neurologiques et psychopathiques et — point de vue tout particulier de la science allemande — de dépistage des anormaux pour la mise en pratique de la loi sur la stérilisation.

P. CARRETTE.

©BIUM

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JANVIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 janvier 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de janvier de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 janvier 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 13 février 1936*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre de la clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 24 février 1936*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

Légion d'Honneur.

Est promu *Commandeur de la Légion d'Honneur :*

M. le Médecin-Général JUDE, Directeur du Service de Santé de la XVe Région, *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le Dr Gustave POCHON, Médecin-Chef à la Maison de Santé départementale de Saint-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).

©BIUM

Légion d'Honneur.

Est promu *Officier de la Légion d'Honneur :*

M. Gaspa, Directeur administratif de l'Asile public autonome d'aliénées de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde).

Poste vacant.

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Yon, près Rouen (Seine-Inférieure).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Réorganisation de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie.

Pendant le *Congrès International de Neurologie* de Londres, une réunion de médecins s'intéressant particulièrement à l'Epilepsie eut lieu le 31 juillet 1935 à la Colonie de Lingfield. Trente-deux médecins, représentant 14 pays, y assistaient. Après discussion, il fut décidé à l'unanimité que la *Ligue Internationale contre l'Epilepsie* serait reformée, que les efforts immédiats auraient pour but l'amélioration des conditions sociales et de l'assistance des épileptiques, qu'une publication paraîtrait tous les ans ou plus souvent tenant facilement les lecteurs au courant des efforts entrepris dans différents pays. Une réunion de la Ligue aura lieu pendant le prochain *Congrès International de Neurologie* à *Copenhague.*

Au cours d'une deuxième réunion tenue le 2 août 1935 sous la présidence du Professeur Aug. Ley, de Bruxelles, on nomma le bureau suivant :

Président : M. William G. Lennox, de Boston, U.S.A.
Secrétaires : M. H. I. Schou, de Dianalund (Danemark).
M. L. J. J. Muskens, d'Amsterdam (Hollande).
Trésorier : M. Tylor Fox, de Lingfield, Surrey (Angleterre).

Toutes les personnes qui s'intéressent à l'amélioration des conditions sociales des épileptiques sont invitées à faire partie de la Ligue. La cotisation de membre est de (ou l'équivalent) cinq shillings par an ou de quinze shillings pour une période de quatre ans.

Le bureau exprime le vœu que, dans chaque pays, un groupement se forme et désigne un *vice-président* qui sera le représentant de la Ligue. Dans ce cas, les membres du groupement n'auront à verser qu'une cotisation de un shilling.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Prix décernés en 1935 par l'Académie de Médecine.

Prix Falret. — 1.500 francs : M. le Dr Caron (de Paris), pour un travail intitulé : *Des stéréotypies.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs : M. le Dr Delay (de Paris), pour un travail intitulé : *Les astéréognosies.*

©BIUM

PRIX LEFÈVRE. — 3.000 francs : Prix non décerné.

Une *mention honorable* est accordée au mémoire qui a pour titre : « *Recherches étiologiques et cliniques sur la mélancolie de Morel* » et pour auteur Mlle le Dr PASCAL (de l'Asile de Maison-Blanche).

PRIX LEVEAU. — 2.000 francs : Prix partagé :

MM. les Drs L. MARCHAND (de Paris) et A. COURTOIS (de Chezal-Benoît), pour un ouvrage intitulé : *Les Encéphalites psychosiques* (500 francs) ;

M. le Dr CORMAN (de Nantes) : *La constitution physique des paralytiques généraux* (500 francs) ;

M. le Dr GÉRAUD (de Toulouse) : *La sclérose en plaques* (500 francs) ;

M. le Dr PALAZZOLI (de Paris) : *L'impuissance sexuelle chez l'homme* (500 francs).

PRIX HENRI LORQUET. — 300 francs : M. le Dr ALBANE (de Clermont-de-l'Oise), pour un mémoire intitulé : *Tuberculose et démence précoce.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT *(personnel intéressé).* — 51.491

SOMMAIRE DU N° 1 (tome II), JUIN 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

C. Pfersdorff. — Les catégories du langage aphasique et la dissociation schizophrénique..... 1
R. Dupouy. — Les aliénés en liberté..... 12
A. Repond. — Psychologie et psychopathologie de l'automobilisme..... 34
A. Courtois. — Certains agents étiologiques des syndromes de démence précoce. 51

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 13 juin 1935

Correspondance..... 72
Date de la séance du mois d'octobre .. 73
Capgras, Rouart et Mlle Derombies. — Délire imaginatif. Hystérie ou schizophrénie ?..... 73
Caron et D. Lagache. — Délire de persécution de forme hallucinatoire chez une aveugle ayant débuté par un délire à deux de forme interprétative type Régis .. 80

Séance du lundi 24 juin 1935

Adoption du procès-verbal..... 86
Correspondance..... 86

(*Suite du sommaire page II*).

©BIUM

Election d'un membre associé étranger . 87
Election de 7 membres correspondants nationaux 87
Election à 1 place de membre titulaire 88
Xavier ABÉLY. — Les mesures de sûreté dans le projet de Loi portant refonte du Code pénal 88
J. PICARD. — A propos d'un cas d'exhibitionnisme pur du type Lasègue : les exhibitionnismes par carence sexuelle 92
Th. SIMON, J.-Ch. ROUX et R. GOIFFON. — L'index tyrosiné des polypeptides sériques dans l'aliénation mentale 101
A. COURTOIS et A.-P.-L. BELEY. — Le liquide céphalo-rachidien, témoin de maladies cérébrales qui conditionnent certains délires chroniques 109
E. MARTIMOR. — L'autodidactisme en pathologie mentale 112

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 2 mai 1935

L. BABONNEIX et Cl. VINCENT. — Tumeur bulbo-médullaire latente 119
J.-A. CHAVANY et F. THIÉBAUT. — Un cas de syndrome de Korsakoff d'origine gravidique. 119
J.-A. BARRÉ et C. D'ANDRADE. — Faux signe de Babinski par hyperactivité réflexe des extenseurs des orteils chez un vestibulaire .. 120
J.-A. BARRÉ. — Le signe de la dysharmonie vestibulaire. Description et valeur clinique. 120
MARINESCO et GRIGORESCO. — Guérison d'un cas de paraplégie flasque post-vaccinothérapique chez un malade atteint de la maladie de Nicolas Favre 120
L. LHERMITTE et ALBESSAR. — Syndrome infundibulo-tubérien d'origine traumatique (Polyurie, insomnie, impuissance sexuelle, perturbations psychiques) 121
J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — Syndrome hémialgique fruste par ramollissement pariétal 121
Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. — Un cas de

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition

Psycho-névroses
Intoxications
Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

©BIUM

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine

Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

©BIUM

nœvus variqueux ostéohypertrophique (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os) 121

Th. Alajouanine, R. Thurel et Th. Hornet. — Un cas d'anévrysme circoïde de la main avec ostéoporose (rôle de la circulation dans la physiologie de l'os) 122

Roussy et Mosinger. — Les îlots paramalpighiens de l'hypophyse humaine. Leur histogénèse et leur intérêt 122

Urechia. — Syndrome de la calotte pédonculaire et tabès fruste. (Lésions combinées de la syphilis des petits vaisseaux et de tissu gommeux) 122

Moniz et Lima. — Pseudo-angiomes calcifiés du cerveau. Angiome de la face et calcifications corticales du cerveau. (Maladie de Knud Krabbe) 122

A. Rouquier et R. Grandpierre. — Contribution à l'étude physiologique des clonus du pied 123

Séance du 6 juin 1935

Barré, Kabaker et Charbonnel. — Quelques documents nouveaux sur les réactions après l'épreuve rotatoire 123

P. Ameuille, J. Lhermitte et Kudelski. — Embolie gazeuse consécutive à une insufflation pleurale, ramollissement cérébral étendu. 123

Lesne, Lhermitte, C. Launay et Loisel. — Myélencéphalite subaiguë avec lésions olivaires cavitaires 124

L. Babonneix et D. Lichtenberg. — Epilepsie syphilitique 124

R. Garcin et M. Kipfer. — Réaction pupillaire tonique à la convergence et immobilité à la lumière au cours d'une paralysie unilatérale de la IIIe paire, associée à une double atteinte trigémellaire. Excentration marquée et de topographie variable de la pupille au repos 125

R. Garcin, M. Deparis et Hadji Dimo. — Hémiplégie spasmodique de l'adulte avec atrophie musculaire tardive considérable. Contribution à l'étude pathogénique des atrophies musculaires de l'hémiplégie cérébrale de l'adulte 125

V. Pitha. — Hypertrophie musculaire d'origine centrale, extrapyramidale 126

André Thomas et Sorel. — Un cas d'aphasie motrice traumatique chez un enfant en bas âge 126

Th. Alajouanine, Thurel et Guillaume. — Un

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

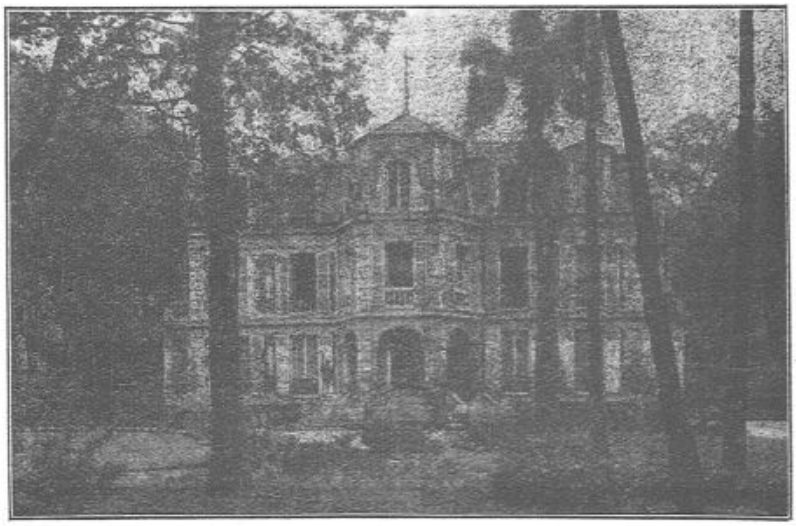
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

©BIUM

nouveau cas de schwanome du trijumeau rétrogassérien. Ablation. Guérison 126

J. Lhermitte et Cliquet. — Un nouveau cas de paralysie consécutive à une injection de sérum antitétanique 127

Cl. Vincent. — Un cas d'ostéome de la base du crâne avec pneumo-encéphalocèle 127

P. Puech, Mlle Rappoport et M. Brun. — Deux cas d'hémorragie intra-ventriculaire guéris par traitement chirurgical (état de mal épileptique, hémiplégie, coma) 127

Cl. Vincent. — Un cas d'hémangiome pariétal 127

Cossa. — Sur un cas d'épilepsie avec hypercalcémie 127

J.-A. Chavany et F. Thiébaut. — A propos des paralysies post-diphtériques. Localisations exceptionnelles sur les nerfs moteurs des globes oculaires et sur le nerf optique 128

A. Baudoin, J. Sallet et M. Deparis. — Un cas de syringomyélie infantile 128

H. Roger, J. Alliez et A. Jouve. — Syndrome d'adiposité du tronc et de la tête (à type d'adénome basophile hypophysaire de Cushing) avec métastases néoplasiques pulmonaires et rachidiennes 128

G. Roussy et M. Mosinger. — Le système réticulaire du névraxe et des rapports avec les centres végétatifs supérieurs 129

M. Laruelle. — Structure normale et pathologique des centres végétatifs bulbaires. (Noyaux viscéro-moteurs de la IXe et Xe paires) . 129

M. David, G. Renard, P. Font-Reaulx. — Méningiome olfactif extirpé en totalité en un seul temps. (Guérison. Aspect atypique des ventriculogrammes) 129

M. David, D. Mahoudeau, C. Eliades. — Volumineux méningiome olfactif enlevé en totalité en deux temps (frontal droit puis frontal gauche. Absence de troubles psychiques post-opératoires malgré la résection des deux pôles frontaux. Guérison) 130

Société Belge de Neurologie et Société de Médecine Mentale de Belgique.

Séance commune du 25 mai 1935 consacrée à l'étude de la maladie de Pick

J. Ley. — Introduction générale à l'étude de la maladie de Pick. Symptomatologie 131

(Suite du sommaire page VIII).

CLINIQUE MÉDICALE **SAINT-RÉMY**

46, Bd Carnot **LE VESINET** *Tél. Régional 755 et 850*

TRAITEMENT des affections du Système nerveux des intoxications et des maladies de la nutrition

Repos - Convalescences - Régimes

ÉLECTROTHÉRAPIE - HYDROTHÉRAPIE

Dans banlieue agréable, paisible et saine
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés dans un parc fleuri de 2 hectares

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
Excellente cuisine bourgeoise et de régimes.

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

Médecin-Directeur : Dr P. ALLAMAGNY,
avec la collaboration du Dr **VIGNAUD**, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves et d'un médecin assistant

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-:- Indication spéciale de cure pour les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX ET DES MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent -:-

Etablissement hydrothérapique
dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothérapie. Radiologie

Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la suppression des bruits. **Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.**

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine de diététique. Laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du lac). Pêche à la truite

Directeur Général : **TARTAKOWSKY**

©BIUM

H. Baonville, J. Ley et J. Titeca. — Maladie de Pick et maladie d'Alzheimer. Présentation de malades 131

G. Vermeylen. — Maladie de Pick 132

P. Divry. — Anatomie pathologique de la maladie de Pick 132

P. Divry, J. Titeca et G. Vermeylen. — Atrophie de Pick. Etude anatomo-pathologique 132

P. Divry, J. Ley et J. Titeca. — Maladie d'Alzheimer avec atrophie frontale prédominante 133

A. Dewulf. — Un cas de maladie de Pick avec lésions prédominantes dans les noyaux gris de la base du cerveau. Etude clinique et anatomo-pathologique 134

A. de Haene. — A propos de quatre cas de tumeur cérébrale à évolution rapide 134

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Assistance.

J. Raynier et J. Lauzier. — La construction et l'aménagement de l'Hôpital psychiatrique et des Asiles d'aliénés 135

Psychiatrie.

Mlle M. Derombies. — L'illusion de sosie, forme particulière de la méconnaissance systématique 137

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

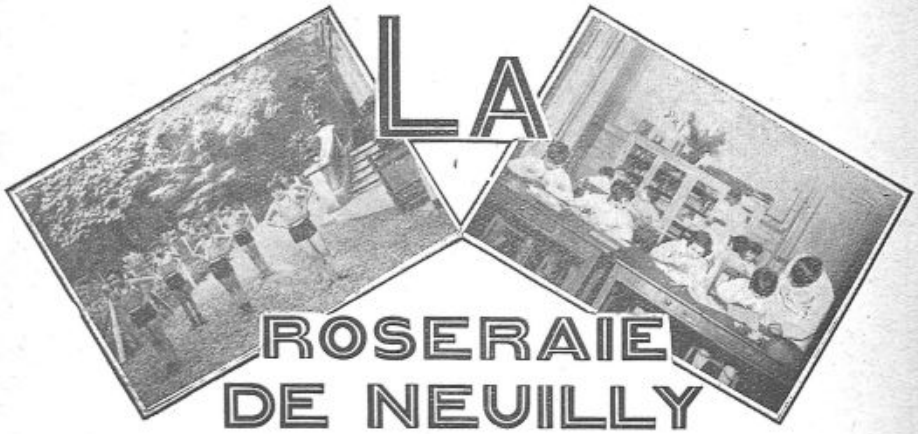
A. Ley. — Les méthodes de pathographie historique et biographique 138

G. Bickel. — Les symptômes neuro-végétatifs dans les maladies du système nerveux central 138

V.-A. Guiliarowsky. — Les nœuds du problème des névroses 139

J. Vié. — Comment concevoir actuellement l'or-

(Suite du sommaire page X).

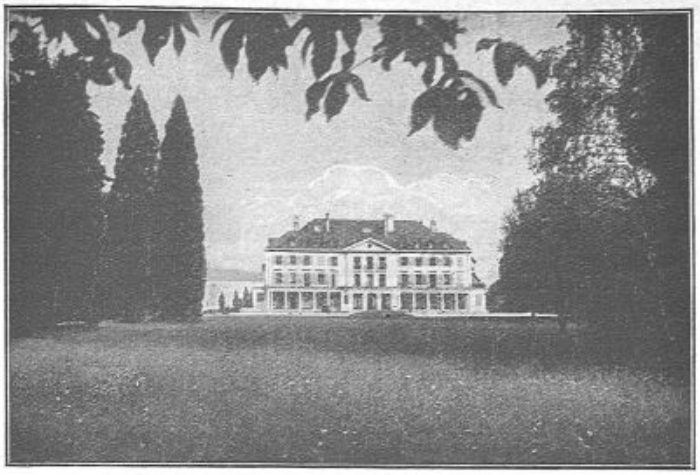


12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. : Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des **enfants** présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Dr **Suzanne SERIN.**

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : Dr **O.-L. FOREL** Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : **analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie.** Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et instruit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et **Pension** (cures de repos) à partir de **20** francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et **Pension** (traitement médical compris) à partir de **30** francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

©BIUM

ganique et le fonctionnel en neuro-psychiatrie 139

A. Bodart. — Les affections nerveuses et mentales à l'Armée belge. Tableaux statistiques des années 1932 et 1933 140

W. Stekel. — Troubles psychogéniques de la vision 140

H. Marcus. — La localisation du centre du goût 141

G. Bickel. — L'aréflexie tendineuse congénitale, sa signification théorique et pratique .. 141

M. Schmideberg. — Psychonévroses de l'enfance: leur étiologie et leur traitement 141

M. Coffin. — Les encéphalites de l'enfance 142

M. Moreau. — Un cas de syndrome de Stewart-Morel en 1786 142

F. Frémont-Smith. — L'influence prédisposante de l'émotion sur les crises épileptiques . 142

I.-J. Karlsberg. — L'influence de la tuberculose pulmonaire chronique intercurrente sur le seuil convulsif dans l'épilepsie 143

C. Worster-Drought. — « Hystéro-épilepsie » 143

Divry et Evrard. — Histoire d'une algie rebelle 143

R. Moline. — Les accidents cutanés consécutifs à l'emploi des barbituriques 144

H. P. Stubbe Teglbjoerg. — Problèmes psychiatriques des avitaminoses et de la pellagre en particulier 144

H.-M. Zimmerman, L.-H. Cohen et E.-F. Gildea. — Pellagre associée à l'alcoolisme chronique 144

Mme L. Bender. — Myélopathie associée à l'encéphalopathie alcoolique 145

Médecine légale.

P. Vermeylen. — La mise en observation psychiatrique suspend-elle les effets du mandat d'arrêt ? 145

L. Vervaeck. — Les recherches d'anthropologie criminelle en prison 146

F. Stumpfl. — Prédisposition héréditaire et criminalité 146

M. Alexander. — Pronostic social et pronostic psychiatrique de la récidive des délinquants anormaux 146

W. Norwood East. — Les aspects médicaux du crime 147

(Suite du sommaire page XII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.

PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O).

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement des déficients intellectuels à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

©BIUM

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

©BIUM

E. DE GREEFF. — Menaces de mort chez le schizoïde et défense sociale 147
O. BONAZZI. — Délinquant par tendance ou encéphalitique « au sens large » 148
L.-F. BECCLE. — Les aspects médico-légaux des maladies vénériennes 148
L. MEDYNSKI. — Les Névroses traumatiques et la capacité au travail 148

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Séances 149
Nécrologie 149
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 149
Nominations 149
Postes vacants 150
Bourse de voyage de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine 150
Institut de France :
Académies des Sciences morales et politiques 152
Université de Bruxelles :
Nomination 152

INFORMATIONS

Grand voyage médical en Europe Centrale, organisé sous le patronage de « l'Informateur Médical » : Autriche, Hongrie, Roumanie, Yougoslavie (19 août-4 septembre) XVIII

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté
D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

©BIUM

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXICATIONS. CONVALESCENCES ET RÉGIMES. CURES DE REPOS ET D'ISOLEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

-- -- Consultations tous les jours. -- --
Dr GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein.

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

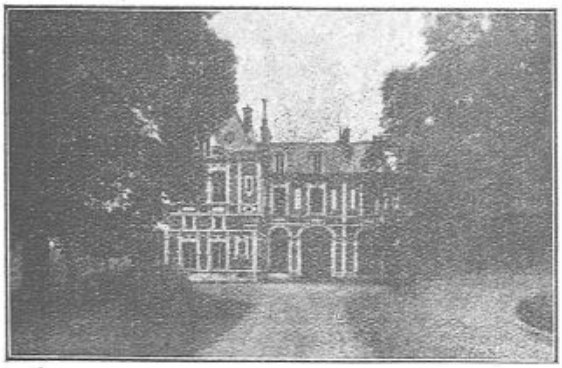
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS SPÉCIALISTES
résidant au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES
Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy
Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

NEURINASE

amorce le sommeil naturel

Insomnie
Troubles nerveux

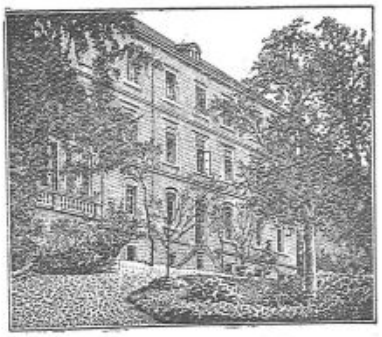
Ech.ons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadère PARIS

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement neuro-psychiatrique

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : Dr H. BERSOT

©BIUM

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-1-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e

SOMMAIRE DU N° 2 (tome II), JUILLET 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

W. Boven. — De l'anxiété..... 153
M. Desruelles et P. Gardien. — Consanguinité et troubles mentaux..... 168
J. Vié et P. Quéron. — La vieillesse de quelques déments précoces..... 190
M. Cahane et T. Cahane. — Considérations sur un cas de syndrome infundibulo-tubérien avec mélancolie. Peut-on parler d'une mélancolie d'origine diencéphalique ?..... 208

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 11 juillet 1935

Adoption du procès-verbal 217
Correspondance 217
Laignel-Lavastine et Delaitre. — Psychasthénique avec état de mal obsessionnel 218
P. Courbon et M. Leconte. — Escarre sacrée, séquelle de barbiturisme 222
L. Marchand, J. Fortineau et Mlle Petit. — Dépression mélancolique périodique et troubles fonctionnels des membres supérieurs 225
L. Marchand, J. Fortineau et Mlle Petit. — Syndrome de démence précoce. Réactions syphilitiques positives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien 230
H. Claude, Mlle G. Dreyfuss-Sée, Lagache et Rouart. — Dysphasie pithiatique d'un type spécial chez une fille de quatorze ans 234

(Suite du sommaire page II).

MAISON DE SANTÉ

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : **Docteur A. DELMAS**

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : **Docteur P. DELMAS**

©BIUM

H. Baruk, Mlle Y. Gévaudan, R. Cornu et A. Carle. — A propos d'une contracture oculo-palpébrale et d'une paralysie brachiale hystériques. — La phase prodromique neuro-végétative des accidents pithiatiques. — Considérations diagnostiques et thérapeutiques 241

H. Baruk, Mlle Y. Gévaudan, R. Cornu et A. Carle. — Crise de catalepsie et crise d'énervement hystériques. — Diagnostic différentiel avec les crises symptomatiques. — Rôle du fléchissement des fonctions psychomotrices dans la pathogénie de ces crises 252

H. Baruk, Mlle Y. Gévaudan, R. Cornu et A. Carle. — Un cas de tremblement hystérique. — Rôles respectifs de la suggestion, de l'émotion et des troubles végétatifs. — Traitement par le scopochloralose.. 259

H. Baruk et R. Cornu. — Un cas de névrose dysphagique. Analyse psychologique et physiologique. Action thérapeutique du scopochloralose 271

A. Courtois, P. Puech et A.-P.-L. Beley. — Tumeur frontale opérée depuis plus d'un an (présentation de la malade)..... 278

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 4 juillet 1935

M. Béhague. — Epilepsie et larmes de sang 283

R. Garcin et R. Huguenin. — Le syndrome métastatique aigu des tumeurs secondaires du cerveau 284

R. Garcin, Petit-Dutaillis et I. Bertrand. — Compression médullaire par épidurite staphylococcique chez une diabétique..... 284

G. Bourguignon et R. Garcin. — Syndrome thomsénien et myxœdème. Début simultané, évolution parallèle (deuxième note). Etude de la myotonie 284

R. Garcin et I. Bertrand. — Syndrome thomsénien et myxœdème (troisième note). Etude anatomique 284

J. Lhermitte, Metenier et Gauthier. — Diabète insipide consécutif à une entorse tibio-tarsienne. Les facteurs immédiats et lointains de la polyurie 284

Th. Alajouanine, Th. Hornet, R. Thurel et R. Rossano. — Un cas anatomo-clinique de sclérose en plaques aiguë avec symptomatologie de neuromyélite 285

Th. Alajouanine, Th. Hornet et R. Thurel. — Arachnoidite et syringomyélie 285

P. Duval, Lhermitte et Vernes. — Ramollissement cérébral à double foyer symétrique consécutif à la ligature d'une jugulaire..... 285

J. Lhermitte, Heuyer et Mlle Claire Vogt. — Gioblastome calcifié ventriculaire développé sur un cerveau atteint d'istioatypie corticale 286

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD

MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition

Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine

Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✻ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

©BIUM

Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Description d'un petit instrument pour prendre la tension du liquide intraventriculaire sans perdre une goutte de liquide céphalo-rachidien..... 286

J. LHERMITTE et A. NEMOURS. — La pachybasie 286

M. MONNIER. — Contribution histopathologique à l'étude de la narcolepsie et du tremblement avec rigidité musculaire. Tubercule du lobe frontal avec lésions diencéphaliques juxta-ventriculaires et lésions des corps striés.... 286

M. COSTE et HAGUENAU. — Discordance du lipiodiagnostic sous-arachnoïdien et de la manœuvre de Queckenstedt dans un cas de tumeur médullaire 287

Société de Médecine Mentale de Belgique et Société Belge de Neurologie.

Séance commune tenue le 22 juin 1935 à l'Institut Decroly à Uccle

Mme J. JADOT-DECROLY. — L'institut d'enseignement spécial 287

Mme J. JADOT-DECROLY. — Présentation de malades 289

M. ALEXANDER. — Myopathie pseudo-hypertrophique 290

J. DAGNÉLIE. — Sclérose en plaques aiguë chez l'enfant 290

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (XXXIXe session, Bruxelles 22-28 juillet 1935).

René CHARPENTIER. — Discours inaugural : Sur la Bonté 292

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

H. BARUK. — L'hystérie et les fonctions psychomotrices. Étude psycho-physiologique.... 292

RAPPORT DE NEUROLOGIE

L. VAN BOGAERT. — L'hystérie et les fonctions diencéphaliques. Étude neurologique..... 298

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

G. HEUYER. — 1er rapport : Délinquance et criminalité de l'enfance..... 301

P. VERVAECK. — 2e rapport : Délinquance et criminalité de l'enfance 302

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

J. FROMENT, G. CHANIAL et MIR SÉPASSY. — L'hystérie ancienne faisait-elle du simili-diencéphalique et du simili-strié ? 304

(Suite du sommaire page VI).

©BIUM

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

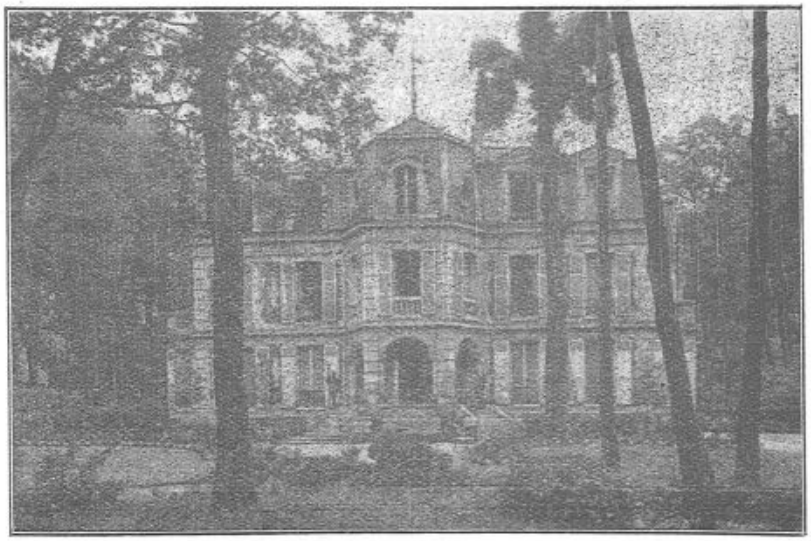
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*
Téléphone : LE VESINET 12

©BIUM

A. Subirana. — Les troubles pithiatiques et les maladies organiques ; considérations à propos d'un cas 304
J. Sebek. — A propos de la question des crises d'allure hystérique dans l'encéphalite épidémique 304
G. de Morsier. — Deux cas de pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes..... 304
A. Ley. — Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire 305
M. Lévy-Valensi. — Mesmer et la suggestion 305
J. Boschi. — Thérapeutique organique de l'hystérie 305
H. Christy. — Encéphalite psychosique suivie d'un syndrome de démence précoce. Pyrétothérapie. Apparition d'un érythème noueux. Rémission actuelle 305
M. Rouquier. — Les encéphalites psychosiques 305
Mazhar Osman. — La paralysie générale n'est peut-être pas due qu'à la syphilis 306
G. Vermeylen et G. Audet. — Le temps de réaction chez les paralytiques généraux 306
Riser et Ducoudray. — Des hallucinations dans l'hypertension cranienne 306
J. Heernu et Manil. — Troubles mentaux et tumeur du 3e ventricule 306
J. Vié. — L'idée délirante d'anthropopathie interne 306
Mlle Pascal et J. Vié. — Dynamie fonctionnelle hébéphrénique 307
D'Hollander et Ch. Rouvroy. — Les lésions cérébrales dans la démence précoce 307
G. van Looy. — Intoxication oxycarbonée.. 307

II. Communications de Neurologie

J. Froment. — Comment, et où rechercher les symptômes objectifs caractéristiques des divers syndromes striés 307
J. Froment, G. Chanial et Mlle A. Feyeux. — Répercussivité émotive et spasmes hypertoniques des syndromes striés. Leurs modalités 307
G. Bourguignon. — Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie 308
R. Nyssen et J. Helsmoortel. — Agueusie traumatique et auto-suggestion 308
A. Rouquier. — L'astasie-abasie trépidante 308
P. Divry. — A propos des lésions du cerveau sénile 308
M. Gerebtzoff. — Recherches anatomo-expérimentales sur la région du Lemnicus latéral et ses commissures 308
A. de Haene. — Recherches anatomo-expérimentales sur les connexions thalamo-corticales 309
Borremans et L. van Bogaert. — La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer dans les stades tardifs de l'encéphalite léthargique 309
L. van Bogaert. — Le type infantile de la sclérose diffuse 309
L. van Bogaert et R. Nyssen. — Le type tardif de la leucodystrophie familiale 309

(Suite du sommaire page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 10.000 m². Tennis.

PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

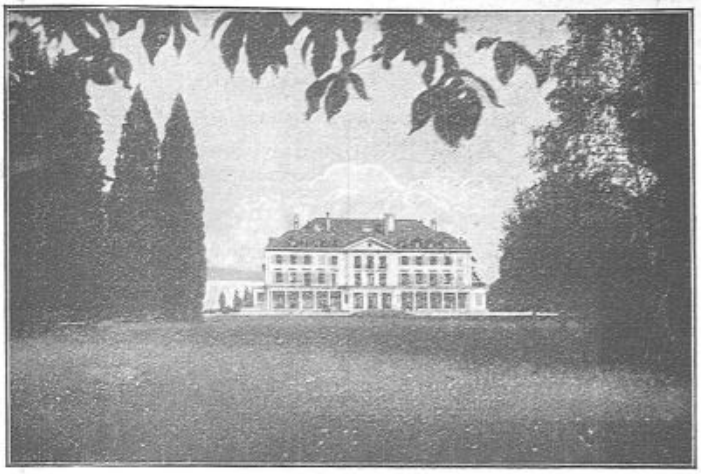
ÉTIOLLES (S.-&-O).

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement des déficients intellectuels à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

©BIUM



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : Dr **O.-L. FOREL** Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : **analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie.** Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et instruit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et **Pension** (cures de repos) à partir de **20** francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et **Pension** (traitement médical compris) à partir de **30** francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

©BIUM

R. DE WULF et L. VAN BOGAERT. — Une association anatomo-clinique exceptionnelle : encéphalite épidémique et sclérose en plaques ... 310
R. NYSSEN, R. DELLAERT et R. BUSSCHAERT. — Maladies de Parkinson, Parkinsonisme et les notions de « tremblement de repos » et « tremblement d'action » 310
H. ROGER, J. ALLIEZ et A. JOUVE. — Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie infantile.. 310
L. PUUSEPP. — La symptomatologie des calcifications des cartilages intervertébraux (spondylo-chondritis-ossificans) 311
J. DUBLINEAU et L. TARBOURIECH. — L'extension à droite de la précipitation du benjoin colloïdal dans les états pathologiques 311
I. CHÜKRÛ-AKSEL. — L'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau humain 311

III. COMMUNICATIONS DE MÉDECINE LÉGALE, D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

M. ALEXANDER. — L'examen des « Enfants du Juge » à la Clinique médico-pédagogique du Brabant 311
A. GROENEVELD. — L'autorité dans la vie de l'enfant 311
A. GROENEVELD. — La psychologie du travail. Considérations psycho-pathologiques et psychothérapeutiques en rapport avec la mentalité de l'enfant 311
M. DUCOUDRAY. — L'assistance psychiatrique aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne. Son organisation, son fonctionnement. (Ses résultats (1932-1935) 312
PASTUREL et J. VIÉ. — Etat actuel de la colonisation familiale en France 312
D'HEUCQUEVILLE et KAHN. — L'expertise mentale comparée à trois degrés 312
J. HEERNU et VERMERSCH. — Le Dinitrophénol dans les états dépressifs..... 312
C. ANDERSEN. — L'insulinothérapie dans la démence précoce 312
P. GARDIEN et Mme P. GARDIEN-JOURD'HEUIL. — La vagotonine dans les états anxieux.... 313
G. DE MORSIER. — Effets remarquables de la prostigmine « Roche » dans le traitement de la myasthénie 313

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Psychologie.

VILLEY. — Psychologie et pédagogie des aveugles 314
C. RADULESCU-MOTRU. — L'intuition du temps 314
D. TODORANU. — Le caractère. Sa dynamique d'intégration 315
A.-J. WESTERMANN-HOLSTIJN. — Psyché-esprit et âme 315

(Suite du sommaire page X).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

©BIUM

SAINT-RÉMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).

-- -- TRAITEMENT -- --

des affections du Système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine. Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés - - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux. - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- Dr P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

©BIUM

R. Calabrési. — Contribution expérimentale à l'étude du sens esthétique 315
C.-T. Prout et L.-H. Ziegler. — Etudes de psychobiologie 316
J. Zaragüeta. — Le concept de mesure dans les sciences physiques et psychologiques 316
H. Piéron. — La technique des examens et la nécessité d'une « docimologie » 316

Anatomie.

A. Weil. — Histopathologie du système nerveux central dans l'encéphalite épidémique... 316
N.-W. Winkelman et J.-L. Eckel. — Traumas du cerveau. Histopathologie des accidents précoces 317
C.-W. Rand et C.-B. Courville. — Modifications histologiques du cerveau dans les cas mortels de traumatismes de la tête. Etat des fibres nerveuses 317
Mme A.-S. Ogourtzowa. — Histologie et clinique du spongioblastome 317

Hygiène et prophylaxie.

H. Maïer. — Expérience pratique de la stérilisation en Suisse 318
H. Laugier, E. Toulouse et Weinberg. — Biotypologie et classification scolaire 318

Assistance.

J. Vié. — Indications psychiatriques du placement familial des hommes 318
J. Vanier. — Ce que peut le médecin pour l'enfance anormale 319
E. Raiga. — Sur l'abandon des logements d'aliénés 319

Thérapeutique.

P.-R. Pagniez. — Le traitement de l'épilepsie 319
C. Maïer. — Recherches pharmacologiques sur les bases du traitement de l'épilepsie par les dérivés borés 320
R. Handley. — Les barbiturates dans l'épilepsie 320
A.-M. Smirnova. — Pathogénie, traitement et prophylaxie du bégaiement chez les écoliers 320
F. Gorriti. — Notes brèves sur la thérapeutique infinitésimale en psychiatrie 321
P. Mauclaire. — Dans quel cas faut-il faire une injection préventive de sérum antitétanique 321
P. Sainton. — Comment prescrire l'iode dans les goitres ? 321
G. Laroche et B. Klotz. — La diiodotyrosine. Son emploi dans le traitement de la maladie de Basedow 321
J. Haguenau, L. Gallÿ et D. Lichtenberg. — Sur le traitement radiothérapique des algies.. 322
E.-C. Cutler et S.-A. Levine. — La douleur angineuse et son traitement chirurgical. Valeur des différentes méthodes et plus particulièrement de la thyroïdectomie totale..... 322

(Suite du sommaire page XII).

12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. : Maillot 20-02

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des **enfants** présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Dr **Suzanne SERIN.**

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

©BIUM

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-:- Indication spéciale de cure pour les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX ET DES MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent -:-

Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothérapie. Radiologie

Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la suppression des bruits. **Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.**

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine de diététique. Laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du lac). Pêche à la truite

Directeur Général : **TARTAKOWSKY**

©BIUM

N.-S. Chroustalew. — Ponction de la citerne dans le typhus exanthématique 322
L.-S. Blachman. — Influence active de la ponction de la citerne avec introduction du sérum de convalescents sur l'évolution du typhus exanthématique 323
P.-I. Emdin. — Ponction de la citerne comme voie thérapeutique dans le typhus exanthématique et l'étude du liquide céphalo-rachidien 323
C.-A. Neymann et S.-L. Osborne. — Le traitement de quelques scléroses multiples par l'électropyrexie 323
C. Ladame, F. Morel et R. de Montmollin. — Traitement de la paralysie générale par l'électropyrexie 324
J. Erskine Howie. — Observation sur l'usage du pyrifer 324
F. Sciclounoff. — L'acétylcholine dans le traitement de l'ictus hémiplégique 324

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Séances 325
Légion d'honneur 325
Bourses de voyage à l'étranger à décerner par l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine 326
Concours de l'internat en médecine des Asiles publics d'aliénés de la Seine 326
Réunions et Congrès :
XLe session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française 327
IIe Congrès international d'hygiène mentale (Paris, 27-28 juillet 1936) 328

INFORMATIONS

Souscription en l'honneur du Dr O. Crouzon xiv
Congrès International de la protection de l'enfance (18-21 juillet 1935) xviii
Programme scientifique du VIIe cours international de haute culture médicale de la Fondation Tomarkin Inc., organisé sous les auspices de l'Université libre de Bruxelles, pendant l'Exposition Universelle xxii
Journées médicales au pays d'Esculape et d'Hippocrate xxv

INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS . 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).
2° Les arriérés accidentels.
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

NOUS N'ACCEPTONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES ET NON CONTAGIEUX

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

DIRECTION :

E. HAAS HAUTVAL — Mlle Dr H. HAAS HAUTVAL

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : **le Dr Cl. VURPAS**

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR : **Dr BONHOMME,** Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : **Dr CODET,** Ancien Chef de Clinique de la Faculté

Dr PICHARD, Ancien Interne des Hôpitaux

©BIUM

INFORMATIONS

SOUSCRIPTION EN L'HONNEUR DU Dr O. CROUZON

Les Elèves et Amis de M. le Docteur O. CROUZON, désireux de conserver un souvenir de son élection à l'Académie de Médecine, ont demandé à son ami M. Charles Pillet, Grand Prix de Rome, de bien vouloir, à cette occasion, faire un tirage de la médaille qu'il a exécutée il y a quelques années pour M. CROUZON, à titre privé.

Le prix de cette souscription spéciale est de cinquante francs.

Les souscriptions peuvent être envoyées à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain (compte chèques postaux 599) ou remises, à la Salpêtrière, à M. le Docteur Jean Christophe.

(A suivre, page d'annonces XVIII).

CENTRE
MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANTS

“ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --

Traitement des troubles nerveux de l'enfance. Action pédagogique combinée au traitement médical. Individualisation de l'enseignement. -- -- Séjours d'observation. -- -- **Institut pathopsychologique spécialisé pour examens et expertises neurologi- -- -- ques et psychologiques.** -- -- Consultations tous les jours. Dr Guillerey, Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein. -- -- -- --

©BIUM

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

©BIUM

Gardénal
PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE
ÉPILEPSIE
CONVULSIONS
ÉTATS ANXIEUX
INSOMNIES REBELLES
EN TUBES DE COMPRIMÉS
A 0gr10, 0gr05 ET 0gr01
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS-3ème

©BIUM

CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS

MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

somnifène "roche"

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

à chacun sa dose

réglable à volonté

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

©BIUM

ASSOCIATION INTERNATIONALE
POUR LA PROTECTION DE L'ENFANCE
SECRÉTARIAT GÉNÉRAL : 67, AVENUE DE LA TOISON-D'OR
(TÉL. 12.05.69), BRUXELLES

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE
(18-21 juillet 1935)

A l'occasion de l'Exposition Universelle et Internationale, le Gouvernement a prié l'Association internationale pour la Protection de l'Enfance à tenir sa XI[e] session à Bruxelles.

Cette réunion revêtira le caractère d'un Congrès international qui aura lieu du 18 au 21 juillet prochain et sera inauguré solennellement en présence de S.M. la Reine.

De nombreux pays nous ont déjà fait connaître le nom de leurs délégués officiels. Des rapporteurs étrangers et belges, choisis parmi les autorités les plus qualifiées, ont fait parvenir au Secrétariat général des travaux intéressants sur chacune des questions portées à l'ordre du jour :

1. La protection de l'Enfant à la campagne, au point de vue **médical, juridique, pédagogique, social.**

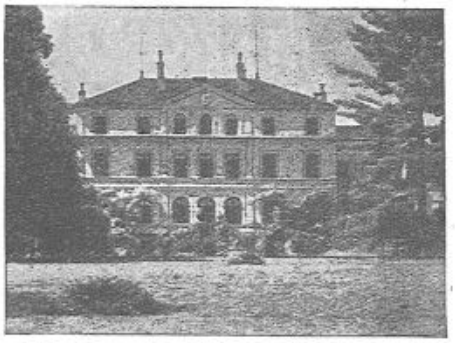
(A suivre page d'annonces XX).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

©BIUM

LE CASTEL D'ANDORTE
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -
Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE
(Fondée par le Dr Tarrius)
6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE
Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES
très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares
CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE
L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

©BIUM

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE
(18-21 juillet 1935)

(Suite)

2. Les effets de la crise économique et du chômage sur les Enfants et les Adolescents. Méthodes d'enquêtes au point de vue **médical, juridique, pédagogique, social.**

A l'occasion de ce Congrès, certaines questions qui intéressent particulièrement les membres des Sections nationales seront également étudiées.

L'Association Internationale pour la Protection de l'Enfance se propose d'organiser pendant le Congrès, en dehors des séances officielles, des sections d'études où pourront être discutés les plus importants de ces problèmes.

SECTION MÉDICALE

Le statut actuel et les nécessités de la pédiatrie dans la formation professionnelle des médecins.

Examen pré-nuptial et traitement obligatoire. Quelles sont les maladies qui doivent être traitées ? Règles à adopter.

Les troubles de la motricité chez l'enfant normal ou anormal. Leurs traitements.

La mortalité infantile causée par la diarrhée.

La prophylaxie immunitaire de la tuberculose de l'enfance.

L'éducation du nourrisson.

(A suivre, page d'annonces XXI).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
— « PRIX MODÉRÉS » —

©BIUM

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(18-21 juillet 1935)

(Suite)

Section juridique

La recherche de la paternité des enfants naturels.

Le patronage des enfants étrangers.

Fonction sociale de la puissance paternelle et intervention éventuelle de l'Etat dans la délimitation des droits et obligations.

Les délinquants mineurs particulièrement difficiles à éduquer doivent-ils être soumis à un traitement spécial pendant l'exécution des peines ? Dans l'affirmative, quels sont les principes à suivre en établissant ce traitement ?

Section pédagogique

Education des adolescents et pré-adolescents en vue de l'exercice de leurs devoirs futurs comme chefs de famille.

La Famille et l'Ecole. Leur collaboration. Méthodes et procédés.

Section sociale

Responsabilité de l'Etat dans l'organisation et l'inspection des Ecoles maternelles ou Jardins d'enfants et autres institutions destinées aux enfants d'âge pré-scolaire.

Programme d'études minimum d'une école de service social.

(A suivre page d'annonces XXII).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées

Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

©BIUM

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU VII[e] COURS INTERNATIONAL DE HAUTE CULTURE MÉDICALE DE LA FONDATION TOMARKIN INC.

UNDER THE LAW OF NEW-YORK STATE-CHARTER, MARCH 1927

organisé sous les auspices

de l'Université Libre de Bruxelles

pendant l'Exposition Universelle

Les spécialités suivantes seront traitées :

Bruxelles, 12-19 septembre 1935 : Cancer, maladies tropicales, sub-tropicales et infectieuses, parkinsonisme post-encéphalitique (Thérapie). Conférences libres.

Séance commémorative internationale
en l'honneur de Marie et de Pierre Curie

Spa, 20 septembre-2 octobre 1935 : Affections du système cardio-vasculaire, maladies du sang. Conférences libres.

COMITÉ EXÉCUTIF GÉNÉRAL

Président : Prof. D[r] F. HEGER, Bruxelles.
Vice-Président : Prof. D[r] A. DUSTIN, Bruxelles.
Secrétaire général : L. W. TOMARKIN, Bruxelles, New-York.

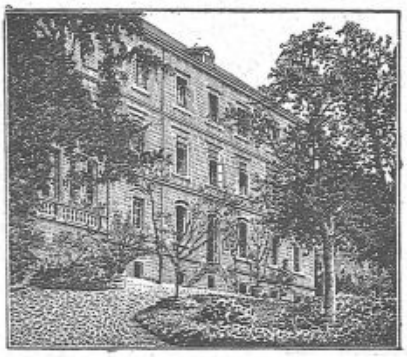
(A suivre page d'annonces XXIV).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement
neuro-psychiatrique

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication,
de repos
et d'isolement.
Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **D[r] H. BERSOT**

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose *D. P.* Rhumatisme
(Voie intramusculaire)

Oléochrysine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

Allochrysine Lumière

Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :
LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

©BIUM

PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU VII[e] COURS INTERNATIONAL DE HAUTE CULTURE MÉDICALE DE LA FONDATION TOMARKIN INC.

(Suite)

COMITÉ EXÉCUTIF DE SPA

Président : D[r] H. SCHALTIN.
M. le Chevalier DE THIER.
M. BEDORET.
M. DECOCK.
M. le D[r] M. WYBAUW.
M. DOMMARTIN.

Avis important. — La Tomarkin Foundation Inc. organise après le 7[e] Cours de Haute Culture Médicale qui a lieu sous les auspices de l'Université Libre de Bruxelles la visite des Principales Universités italiennes (MILAN, PAVIE, BOLOGNE, FLORENCE, ROME) et d'importantes institutions sanitaires.

En plus des nouvelles villes universitaires, le programme prévoira des réceptions officielles, excursions, etc...

Le voyage aura une durée de 12 à 14 jours et le prix, qui comprend tous les services, s'élèvera à environ 1.500 lires.

Renseignements et programme détaillé seront fournis sur demande par le Secrétariat de la Tomarkin Foundation Inc. : Bruxelles, 97, rue aux Laines.

(A suivre, page d'annonces XXV.)

-- PRODUITS -- BIOLOGIQUES CARRION
54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8[e] --:-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

- OPOTHÉRAPIE -
Comprimés - Cachets - Perextraits injectables
-- -- Associations pluriglandulaires -- --

▼

- ANTASTHÈNE -
-- Ampoules - ASTHÉNIES - Comprimés --

L. CUNY, Docteur en Pharmacie

©BIUM

JOURNÉES MÉDICALES AU PAYS D'ESCULAPE ET D'HIPPOCRATE

Croisière de propagande française en Grèce

A bord du S/S « Patris II » avec le concours de la Société « Neptos »

SOUS LE HAUT PATRONAGE
DE SON EXCELLENCE M. LE DOCTEUR H. QUEUILLE
ancien Ministre de la Santé publique

Président d'Honneur : Professeur G. ROUSSY, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Président Effectif : Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur de l'Histoire de la Médecine.

Comité Directeur : Professeur Marcel LABBÉ, Professeur de Clinique Médicale à l'Hôpital Cochin, Membre de l'Académie de Médecine.

Docteur Henry MEIGE, Professeur à l'Ecole des Beaux-Arts, Membre de l'Académie de Médecine.

Docteur P. DESFOSSES, Secrétaire général de la Presse Médicale.

Commissaires généraux : Docteur O. CROUZON, Médecin-Chef de la Salpêtrière.

Docteur M. LEGRAIN, Médecin-Chef Honoraire des Asiles de la Seine.

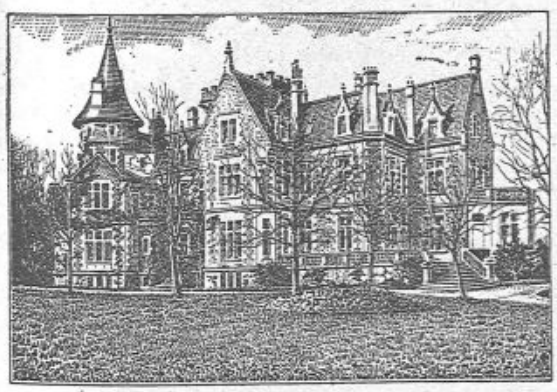
RAPPORTS — CONFÉRENCES

20 août. — Olympie: *Naturisme et Sports.*
22 août. — Epidaure: *Médecine Générale.*
26 août. — Cos: *Hippocrate.*
1er septembre. — Delphes : *Psychiatrie.*

(A suivre page d'annonces XXVI).

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --

Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

©BIUM

JOURNÉES MÉDICALES AU PAYS D'ESCULAPE ET D'HIPPOCRATE
(*Suite*)

ITINÉRAIRE

16 août : Départ de *Marseille* à midi.
17 août-18 août : En mer.
19 août : Arrivée à *Ithaque*. Visite de la Grotte des *Nymphes*. Départ pour *Céphalonie*. Débarquement à *Sami ;* en voiture jusqu'à *Argostoli* par la corniche. Départ le soir pour *Catacolo*.
20 août : Arrivée à *Catacolo*. Départ par train spécial pour *Olympie*. Visite du Musée (Hermès et Praxitèle) et des antiquités. Temple de Jupiter, Terrasse des Trésors, Prytanée, Gymnase, Stade, etc... Départ le soir pour Monemvasie.
21 août : Périple de l'Ile et visite du golfe de *Cythère*. Arrivée à *Monemvasie* à 14 h. Visite de la ville. Belles fortifications vénitiennes, Eglises, Maisons Renaissance, Citadelle. Départ le soir pour *Nauplie*.
22 août : Arrivée à *Nauplie*. Visite du Musée et excursion en auto à *Epidaure*. Sanctuaire d'Asclépios et Artémis. Tholos de Polyclète. Dortoirs des malades, Théâtre, Stade, Gymnase et bains d'Antonin.
23 août : Visite de *Tyrinthe*. Constructions cyclopéennes, murs d'enceinte, galeries, celliers, voûtes. *Mycènes :* Visite des tombeaux royaux. Porte des Lions. Enceinte de Schliemann, Tombes des Masques d'Or, Acropole et Palais Royal, Source Perseia. Départ pour Myconos.
24 août : Arrivée à *Myconos*. Visite de la ville pittoresque, avec ses rues étroites, ses innombrables églises et chapelles, ses maisons à arcades entièrement blanches. *Delos :* Visite des ruines et du Musée. Ascension du Cinthe. Départ pour Santorin.
25 août : Arrivée à *Santorin*. Visite de l'ancienne Théra, la plus saisissante curiosité naturelle de la Grèce. Ils d'*Anafi*.

(*A suivre page d'annonces XXVIII*).

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles
Directeur administratif : **E. COCONAS,** Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.

Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAINEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS
Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège
PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières
Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis
VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07
NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR

©ETUM

Epilepsie
ALEPSAL
simple, sûr, sans danger

Échantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)
Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.
Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

©BIUM

JOURNÉES MÉDICALES AU PAYS D'ESCULAPE ET D'HIPPOCRATE

(Suite)

26 août : Arrivée à *Cos*. Visite des Remparts et du platane séculaire d'Hippocrate, etc... *Patmos*. Merveilleux panorama dominé par le Monastère byzantin. Visite de la prison de Saint-Jean et du couvent élevé sur la grotte où l'apôtre écrivit l'Apocalypse.

Départ à 18 heures pour Istamboul.

27 août : Arrivée à *Istambul*. Visite de Sainte-Sophie, Citerne, Mosquée Sultan Ahmed, etc...

28 août : Journée libre. Départ le soir pour Mont-Athos.

29 août : Arrivée à *Daphné*. Visite des couvents de Mont-Athos. Départ le soir pour Le Pirée.

30 août : Arrivée au *Pirée*. Visite d'Athènes. Musée National, Acropole, Odéon d'Hérode Atticus, Théâtre de Dionysos, Arc d'Adrien, Stade, Pnyx, le Théséion, etc...

31 août : Journée libre. Départ le soir pour Delphes.

1er sept. : Arrivée à *Itéa*. Visite de *Delphes*. Excursion par les bois d'oliviers et la Plaine Sacrée. Visite des ruines du Hiéron, fouilles de l'Ecole Française, terrasse et ruines du Temple d'Apollon, Ex-voto des Thessaliens, Fontaine Cassotis, Théâtre et Musée. Départ le soir pour Marseille.

2 sept. : En mer.

3 sept. : En mer.

4 sept. : Arrivée à *Marseille* à 14 heures.

RENSEIGNEMENTS

Inscriptions. — Pour tous renseignements et détails matériels de la croisière, réservation des places et paiement du prix de voyage, s'adresser à la **Société Neptos, 4, rue de l'Echelle, Paris (1er). Tél. : Opéra 61-21.**

VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 3 (tome II), OCTOBRE 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

P. JANET. — Réalisation et interprétation 329
G. WEILL et C. PFERSDORFF. — Les fonctions visuelles de l'aveugle-né opéré 367
W.-K. CHOROSCHKO. — Doctrine des lobes frontaux d'après trente années de recherches personnelles 333
Ch. WOLF. — La castration de l'homme pour perversion sexuelle ou délits de mœurs 402

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 28 octobre 1935

Décès de S.M. la Reine Astrid de Belgique 438
Décès de M. Ad. Courtois 438
Adoption du procès-verbal 439
Correspondance 439
Election de trois membres correspondants nationaux 439
Election d'un membre associé étranger 440

(Suite du sommaire page II).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES
DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT
— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

INSTALLATION DE premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)
TÉLÉPHONE : 5
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

E. Toulouse, P. Schiff et H. Simonnet. — Troubles psycho-sexuels chez l'homme et substance « féminine » de l'urine... 440
M. Desruelles, Mmes A. Masson-Chiarli, M.-P. Gardien-Jourd'heuil et M. P. Gardien. — Le chlorure de sodium en solution hypertonique par voie veineuse dans les anorexies des aliénés 446

RÉUNIONS ET CONGRÈS

III. Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

(Bruxelles, 20-21 juillet 1935)

I. L'assistance hétéro-familiale des malades mentaux

1er *Rapport :* G. Corberi 456
2e *Rapport :* J. Vié 457
3e *Rapport :* F. Sano 457

II. Punition et contrainte dans la famille et a l'école

1er *Rapport :* H. Menq 458
2e *Rapport :* H. Crichton-Miller 458

III. L'hygiène mentale et la presse

1er *Rapport :* O. Forel 459
2e *Rapport :* Van der Spek 460

XXe Congrès de Médecine Légale et de Médecine Sociale de Langue Française.

(Bruxelles, 17-20 juillet 1935)

L. Cornil. — Les Anormaux et le Droit pénal 461
Ier *Rapport :* M. Costedoat. — Les névroses traumatiques 461
IIe *Rapport :* Ern. de Craene. — Les psychoses post-traumatiques 462
IIIe *Rapport :* R. Sand. — Dans quelle mesure peut-on associer la médecine légale et la médecine sociale ? 464
Lattes. — Suicide masqué 465
L. Vervaeck. — Quels sont les anormaux qui relèvent des sentences de défense sociale ? 465
T. Vasiliu et J. Stanesco. — Le délire de revendication sinistrosique 465

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

Médecin-directeur : Dr BUSSARD
Médecin assistant : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition

Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

CHATEAU DE SURESNES

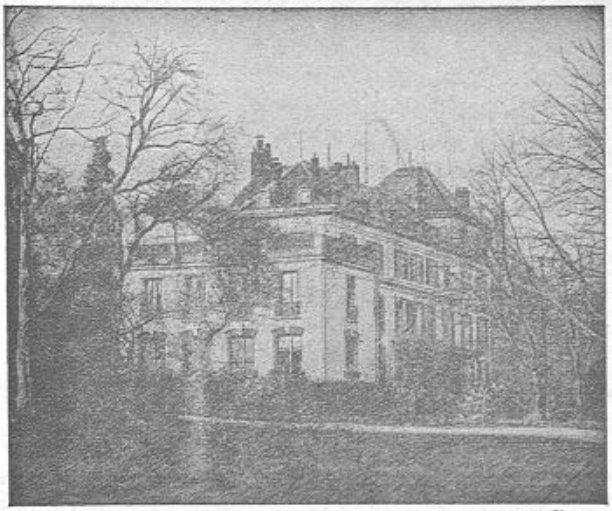
Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués** ou **psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

MINOVICI et J. STANESCO. — Le crime passionnel chez les traumatisés du crâne 465
M. HÉGER et P. VERVAECK. — Un cas de paralysie générale traumatique 466
P. VERVAECK. — Ethéromanie et simulation 466

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion extraordinaire du 23 septembre 1935 tenue à l'occasion du X^e anniversaire de la Société

RADERMECKER. — A propos du rapport entre traumatisme cérébral et gliome 467
H.-J. SCHERER. — Le problème des gliomes multiples 467
Ch. DEJEAN. — Les tumeurs rétiniennes de type cérébral 467
J. DE BUSSCHER et H.-J. SCHERER. — Syphilis cérébrale et gliome 468
J. DESNEUX. — Que faut-il penser des réactions de Bordet-Wassermann déclarées positives dans le liquide céphalo-rachidien en dehors de la syphilis et en particulier dans les cas de tumeurs du névraxe ?..... 468
J. DEREUX. — Les encéphalites pseudo-tumorales 468
A. DE HAENE. — Deux cas de tumeur de la couche optique à symptomatologie cérébelleuse 469
J. DE BUSSCHER. — Métastase cranienne solitaire et à évolution rapide d'un épinéphrome 469
VAN GEHUCHTEN. — Tumeurs cérébrales à symptomatologie d'abcès du cerveau 469
P. BORREMANS et R. LEY. — Sarcomatose réticulaire des méninges 469
L. VAN BOGAERT et P. MARTIN. — Méningiomatose diffuse cérébro-spinale à évolution rapide 470
P. MARTIN et L. VAN BOGAERT. — Syndrome tumoral avec hyperthermie et troubles viscéraux par méningo-encéphalite tuberculeuse basilaire 471

II^e Congrès Neurologique International

(Londres, 29 juillet-2 août 1935)

LES EPILEPSIES

J. ABADIE. — Etiologie générale de l'épilepsie commune 472
V. BUSCAINO. — Etiologie spéciale de l'épilepsie 472
W.-J. LENNOX. — Physio-pathologie de l'épilepsie 473
E. SPIEGEL et Mme SPIEGEL-ADOLF. — Mécanisme physico-chimique de la réactivité convulsive (mesure de la perméabilité) 473
F. FRISCH. — Métabolisme et épilepsie .. 473
K. ORZECHOWSKI. — Le rôle du système nerveux végétatif dans la pathogenèse de l'épilepsie 474

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

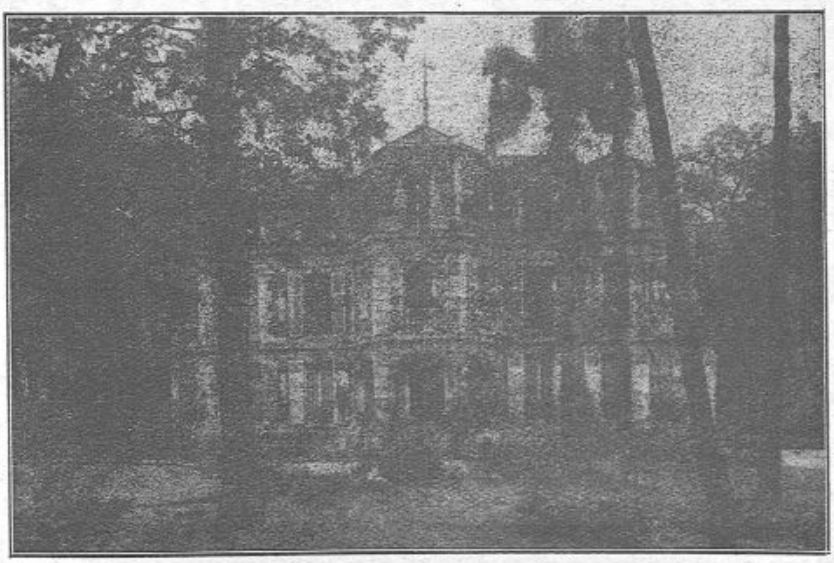
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*

Téléphone : LE VESINET 12

M. Minkowski. — Anatomie pathologique de l'épilepsie 474
A. Ulrich. — Le traitement médicamenteux des états épileptiques 474
Penfield. — Les épilepsies : thérapeutique chirurgicale 474
M. Sgalitzer. — Radiothérapie de l'épilepsie 474
L.-J.-J. Muskens. — Traitement hospitalier et traitement général 474

Le liquide céphalo-rachidien (*Rapports*)

L.-H. Weed. — De quelques caractères anatomiques et physiologiques des méninges et du liquide céphalo-rachidien 476
C. Schaltenbrand. — Anatomie et physiologie de la circulation du liquide céphalo-rachidien 477
M.-M. Riser. — Physio-pathologie de la pression intracranienne, de la production et résorption du liquide céphalo-rachidien 477
H. Cairns. — Directives thérapeutiques dans les troubles de sécrétion et de résorption du liquide céphalo-rachidien 477
F. Georgi. — Le problème physico-chimique de l'excrétion et de la réabsorption du liquide céphalo-rachidien 477

Les fonctions du lobe frontal (*Rapports*)

J.-A. Barré. — Etude critique de l'ataxie frontale 479
P. Delmas-Marsalet. — Lobe frontal et équilibre 479
K. Goldstein. — Les relations entre les lobes frontaux et les fonctions psychiques 479
A. Donaggio. — Lobes frontaux et système moteur extrapyramidal, données anatomo-pathologiques 480
C. Vincent. — Les fonctions du lobe frontal vues par un neuro-chirurgien 480

L'hypothalamus et la représentation centrale du système nerveux autonome

C.-U. Ariens Kappers. — Le développement phylogénique des centres hypothalamiques autonomes (poissons, amphibies, reptiles, oiseaux comparés aux mammifères inférieurs) .. 481
W.-E. Le Gros Clark. — Le développement ontogénique et les conditions normales chez l'homme 482
W.-R. Hess. — L'hypothalamus et les centres du système nerveux autonome 482
J. Lhermitte. — Les syndromes anatomo-cliniques de l'hypothalamus 482
A.-W. Adson. — Les effets physiologiques produits par la suppression de l'influence autonome centrale, due à l'interruption des voies sympathiques dans le traitement de diverses maladies 482

XXXIXe Session du Congrès des Médecins Aliénistee et Neurologistes,

(*Bruxelles, 22-28 juillet 1935*)

Erratum 489

(*Suite du sommaire page VIII*).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.

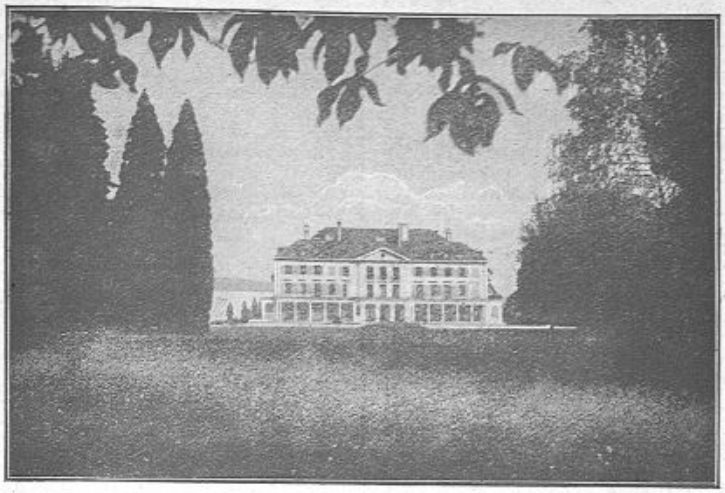
PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement des déficients intellectuels à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris, pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : Dr O.-L. FOREL Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : **analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie.** Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et instruit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et **Pension** (cures de repos) à partir de 20 francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et **Pension** (traitement médical compris) à partir de 30 francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

©BIUM

ANALYSES

LIVRES, THESES, BROCHURES

Psychologie.

P. Janet. — Les débuts de l'intelligence .. 490
G. Dumas. — Nouveau traité de Psychologie : Les fonctions et les lois générales (Tome IV) avec la collaboration de Ch. Blondel, E. Claparède, H. Delacroix, H. Piéron, G. Poyer, G. Revault d'Allonnes 491
Pinio Olinto. — Psychologie 494
A. Rey. — L'intelligence pratique chez l'enfant. Observations et expériences 494
Mme A. Ollivaud. — Les origines intellectuelles du jardin d'enfants 495

Psychiatrie.

R. Mallet. — La Démence 496
L. Marchand et A. Courtois. — Les encéphalites psychosiques 497
D. Lagache. — Les hallucinations verbales et la parole 498
M. Dide. — L'hystérie et l'évolution humaine 500
C. Pascal. — Chagrins d'amour et psychoses 501
H. Arthus. — Les peurs pathologiques. Génèse, mécanisme, signification, principes directeurs de leur traitement 502
P. Encausse. — Sciences occultes et déséquilibre mental 503
J. Devallet. — La paralysie générale chez l'enfant. Etude clinique 503
E. Mira y Lopez. — Manuel de Psychiatrie. 504

Psychanalyse.

Lord Raglan. — Le Tabou de l'inceste. Etude anthropologique 505
S. Nacht. — Psychanalyse des psychonévroses et des troubles de la sexualité 506

Neurologie.

J.-O. Trelles. — Les ramollissements protubérantiels. Etude clinique et anatomique .. 507
G.-H. Roger, F. Widal, P.-J. Teissier. — Nouveau Traité de Médecine. Pathologie du système nerveux (bulbe, nerfs craniens, méninges, moelle) (fascicule XX) 510
E. Ask-Upmark. — Le sinus carotidien et la circulation cérébrale. Etude anatomique, expérimentale et clinique 510
H. Gaubert. — Paralysies associées des nerfs craniens. Contribution à l'étude des tumeurs de la base du crâne 511

(Suite du sommaire page X).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXICATIONS. CONVALESCENCES ET RÉGIMES. CURES DE REPOS ET D'ISOLEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

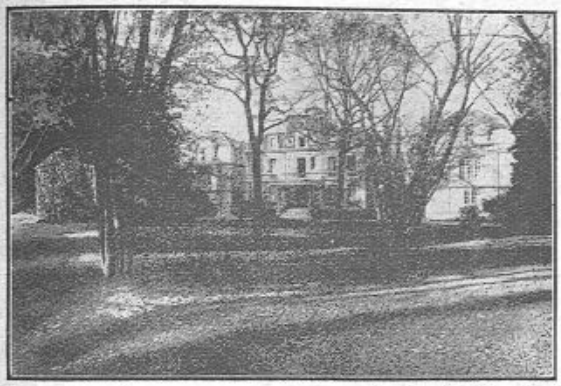
-- -- Consultations tous les jours. -- --
Dr GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein.

SAINT-RÉMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --

des affections du Système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine. Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés - - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux. - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- Dr P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

C. Gruninger. — Les complications nerveuses de la rougeole 511

Biologie.

L. Caillard. — Contribution à l'étude de la composition minérale du plasma sanguin de l'homme dans certains états neuro-psychiatriques 512

Hygiène et prophylaxie.

T. Braatoy. — Les Hommes de 15 à 25 ans.. 513

Assistance.

G. Daumezon. — La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés 514

Thérapeutique.

Mme M.-P. Gardien-Jourd'heuil. — La Vagotonine dans les états anxieux 515
P.-F. Malkin. — La malariathérapie des affections neuro-psychiques 516
M. Palazzoli. — L'impuissance sexuelle chez l'homme. Etiologie, diagnostic, traitement 517
Lœper. — Thérapeutique médicale. Système nerveux (Tome VIII) 517

Médecine légale.

O. Kinberg. — Problèmes essentiels de Criminologie 518

JOURNAUX ET REVUES

Endocrinologie.

P. Sainton. — Hérédité endocrinienne 520
P. Sainton et Lamy. — Le diagnostic des hyperthyroïdies par un test électrique d'après les travaux récents 520
A. Conrad. — Etude psychiatrique des hyperthyroïdiens 520
M. Yahn, E. De Aguiar-Whitaker et C. Pereira da Silva. — Le signe de l'hypophyse de Claude, Baudouin et Porak pour le diagnostic de l'hyperthyroïdisme 521
R. Moricard. — Sur les conditions de formation du corps jaune chez la souris impubère après injections d'hormones dites antéhypophysaires 521
S.-J. Cohen et B.-M. Eis. — Lipodystrophie chez les adultes 521
R. Chute. — L'importance vitale des relations de l'hyperparathyroïdisme avec la formation de certains calculs urinaires. Traitement.. 522
J. Simarro. — Sur l'hypercalcémie, les rhumatismes chroniques et les parathyroïdes (à propos des abus de la parathyroïdectomie) 522
P. Divry. — Sécrétion ou dégénérescence colloïde au niveau de l'hypothalamus 522
I.-H. Pardee. — Syndrome basophile de la pituitaire. Basophilisme pituitaire de Cushing 523
T. Senise. — La sécrétion interne du cervelet 523

(Suite du sommaire page XII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-:- Indication spéciale de cure pour les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX ET DES MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent -:-

Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothérapie. Radiologie

Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la suppression des bruits. **Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.**

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine de diététique. Laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du lac). Pêche à la truite

Directeur Général : **TARTAKOWSKY**

VIOLET. — Glandes génitales et Centre nerveux végétatifs 523
J. SÉGUY et J. VIMEUX. — A propos des stérilités inexpliquées 524
Mme L. RANDOUIN et H. SIMONNET. — Constitution d'un régime alimentaire artificiel destiné à l'étude des relations entre l'alimentation et les processus sexuels 524
J. CALVET. — Expériences sur l'action de l'épiphyse sur les glandes génitales 524
R.-M. MAY. — La transplantation des glandes sexuelles et ses effets physiologiques sur les vertébrés jeunes et adultes 524
E. LETARD. — Effets de la stérilisation chez le mâle dans les différentes espèces animales 524
Ch. CHAMPY. — Les caractères inhibés chez les mâles 525
L. BINET et P. GLEY. — Comportement psycho-sexuel et testicules 525
D. WEINBERG. — Dimorphisme psychologique des sexes 525
J. DALSACE. — Ménopause et pseudo-ménopause 525

Hygiène et prophylaxie.

O. CROUZON. — Hérédité des maladies mentales et nerveuses 525
M. LEVIN. — Narcolepsie et machinisme. Le récent accroissement des cas de narcolepsie 526
J. ROURA Y PATELLA. — Pédagogie de l'éducation sexuelle 526
Ch. VÉZIN. — Méthodes générales d'amélioration des races animales 526
P. SCHIFF. — Conséquences psychiatriques de la stérilisation chez l'homme 526

Thérapeutique.

L. BAZY. — La vaccination antitétanique. Essai de généralisation dans une grande collectivité 527
R. LAUTIER. — La vaccinothérapie de la chorée de Sydenham 527
J. HAGUENAU. — Le traitement de la sciatique 527
P. MAUCLAIRE. — Technique chirurgicale de la stérilisation chez le mâle 527
M. BONAPARTE. — Les deux frigidités de la femme 527
M. BALADO et R. PARDAL. — Traitement chirurgical des tumeurs hypophysaires ou périhypophysaires 528

Médecine légale.

W. OVERHOLSER. — La loi Briggs dans le Massachussets. Revue et étude critique 528
Cl. MULLINS. — Comment se comporter vis-à-vis du délinquant sexuel ? 528
J. ROUBINOVITCH. — La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile 529
G. HEUYER. — L'expertise psychiatrique.... 529
J. RAMON BELTRAN. — Capacité civile et épilepsie 529

(Suite du sommaire page XIV).

INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS . 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).
2° Les arriérés accidentels.
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

NOUS N'ACCEPTONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES ET NON CONTAGIEUX

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

DIRECTION :

E. HAAS HAUTVAL — Mlle Dr H. HAAS HAUTVAL

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

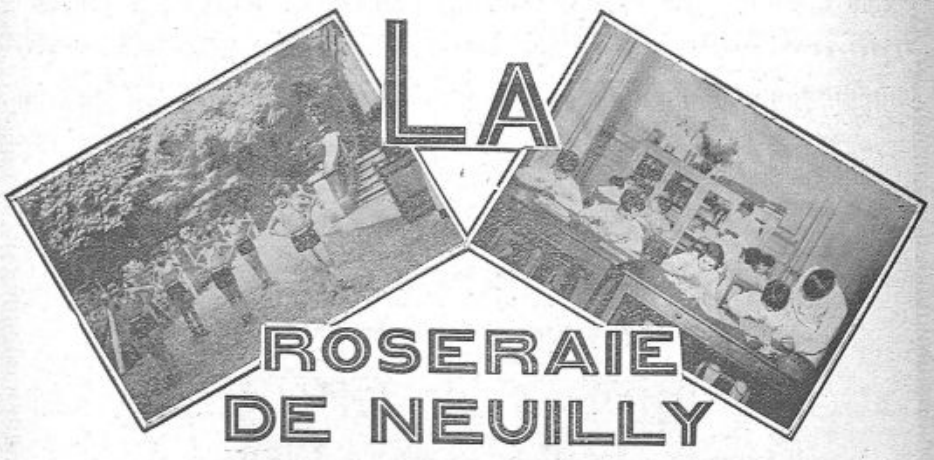
©BIUM

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Séances 530
Prix de la Société Médico-Psychologique 530
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 531
Légion d'Honneur 531
Distinctions honorifiques 531
Nominations 531
Postes vacants 531
Bourse de voyage de l'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des Asiles de la Seine 531
Concours de l'Internat en Médecine des Asiles de la Seine 532
Réforme du Règlement des Etablissements publics d'aliénés 532
Inspection des Services de psychiatrie de l'Algérie 533
Hommage à la mémoire de Legrand du Saulle 533
Réunions et Congrès :
Réunion commune de la Société Suisse de Neurologie et de la Société Suisse de Psychiatrie 533
VIIe Réunion Annuelle de l'Association espagnole de Neuro-psychiatrie 533
Assemblée Annuelle de la Ligue espagnole d'Hygiène mentale 534
1er Congrès de la Fédération Internationale des Sociétés d'Anthropologie et psychologie criminelle, de biologie criminelle, de prophylaxie criminelle, etc. 534
Ecole d'Application du service de santé militaire:
Chaire de Neuro-psychiatrie et de médecine légale 534
Prix Cesare-Lombroso 534
Nécrologie : Adolphe Courtois 535

INFORMATIONS

Dix jours à Noël sur la Côte d'Azur XXII
Médaille offerte au Professeur Louis Puusepp XXX



12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. : Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des **enfants** présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Dr **Suzanne SERIN.**

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

EFFETS IMMÉDIATS DE LA MÉDICATION GARDÉNALIQUE, INSTITUÉE PAR VOIE HYPODERMIQUE ET RÉSERVÉE A TOUS LES CAS NE PERMETTANT PAS LA VOIE BUCCALE

EXCITATION PSYCHOMOTRICE

DÉLIRES AIGUS, ÉTHYLIQUES OU TOXIQUES

INSOMNIES DES ALIÉNÉS

Gardénal injectable

(VOIE SOUS-CUTANÉE)

DÉLIVRÉ EN SOLUTION DIRECTEMENT INJECTABLE

●

AMPOULES DE 1cc. CONTENANT 0 Gr. 20 DE GARDÉNAL DISSOUS DANS UN SOLVANT ORGANIQUE
I BOÎTES DE 5 AMPOULES I

●

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN-GOUJON PARIS (8e)

LA GÉNOSCOPOLAMINE ET L'ASSOCIATION GÉNOSCOPOLAMINE-BROMURE DE SODIUM DANS LE TRAITEMENT DES ÉTATS D'EXCITATION NERVEUSE

La thérapeutique des états d'excitation nerveuse comprend un arsenal déjà très encombré qui s'enrichit chaque jour.

Au premier plan des agents pharmacodynamiques qui possèdent des effets sédatifs particulièrement efficaces et généraux, c'est-à-dire portant sur l'ensemble des fonctions du nevraxe, se placent les bromures et les dérivés de la jusquiame.

La phényl-éthyl-malonyl urée doit leur être préférée comme préventif des crises épileptiques, mais dans les autres excitations son action sédative moins générale est moins heureuse. Elle se comporte surtout, dit d'Heucqueville, comme un hypnotique ; elle apaise en déclanchant le sommeil.

Nous empruntons à cet auteur, en ce qui concerne l'action de ces médicaments, les indications que voici.

Les bromures produisent un effet sédatif généralisé. L'activité psychique est ralentie, les réflexes et la force musculaire diminués, l'éréthisme viscéral apaisé, le sommeil facilité.

L'imprégnation bromurée doit rester la médication sédative la plus courante pour toutes les formes d'excitation (manie, confusion, excitation démentielle, etc...), mais difficilement injectables, s'assimilant mal par voie digestive, les bromures n'apportent les ions Br au contact des centres nerveux qu'à des concentrations utiles seulement pour les excitations légères.

Les dérivés de la jusquiame exercent une action sédative généralisée sur le névraxe comparable à celle des bromures, mais plus énergique. Depuis longtemps les aliénistes recourent au bromhydrate de scopolamine (ou hyoscine) comme sédatif héroïque des grandes excitations. Magnan le conseillait comme tel à la dose de 1 milligramme en injection sous-cutanée.

Mais la dose de 1 milligramme demeure trop voisine des doses toxiques. Après l'injection, on peut observer de la mydriase, des illusions visuelles, de la sécheresse de la bouche. Aussi réservait-on, jusqu'à ces dernières années,

©BIUM

les alcaloïdes de la jusquiame aux excitations très sévères. Or, depuis dix ans, on prépare un dérivé de la scopolamine, appartenant à la série des aminoxydes d'alcaloïdes de toxicité atténuée (génalcaloïdes de Polonovski), la génoscopolamine, 250 fois moins toxique que la scopolamine chez l'animal ; elle produit, à la dose normale de 5 milligrammes, un effet identique à l'injection de 1 milligramme d'hyoscine. Elle est indiquée dans toutes les excitations intenses, maniaques, démentielles, dans l'instabilité motrice, dans l'état de mal épileptique.

Le Docteur H. d'Heucqueville s'est livré à une large expérimentation sur l'emploi de la génoscopolamine qu'il a essayée systématiquement dans les différents groupes d'excitations morbides. Voici ses conclusions (1).

La Génoscopolamine dans les excitations généralisées

Le schéma bien connu de MAGNAN, pour décrire l'action de l'hyoscine, reste, en grande partie, exact pour l'action de la génoscopolamine à la dose de 3 milligrammes chez ces malades : « Dix minutes après l'injection, l'agitation cesse, la force musculaire diminue ; vingt minutes après, le sujet s'étend, sa voix faiblit ; trente minutes après, il s'endort ; et le sommeil obtenu se prolonge de cinq à dix heures. »

Voici à titre d'exemple, l'effet d'une première injection de génoscopolamine, chez une maniaque très excitée, typique, qui a guéri par la suite. Injection de 3 milligrammes, sous-cutanée ; dix minutes plus tard, la malade tombe sur son lit, très affaissée. *Elle reste ainsi* l'œil au plafond, la voix faible, mais présente, durant deux heures ; puis s'installe un sommeil calme, qui dure quatre heures. Le calme persiste trois heures après le réveil.

L'action de la génoscopolamine, à cette dose de 3 milligrammes, se révèle rapide mais progressive. Le sommeil survient dans un délai de 20 minutes à 2 heures, il dure de 3 à 9 heures. Il s'installe sans lutte, sans que le malade traverse une phase d'excitation motrice. Il est calme, peu profond, le réflexe cornéen est conservé. Le réveil n'est jamais marqué par des vomissements, des phénomènes d'excitation. La force musculaire, le tonus, les réflexes sont aussitôt récupérés ; (la mydriase persiste parfois quelques heures). Les barbituriques au contraire n'apaisent pas, mais endorment ; l'excitation reprend dès le réveil.

Dans la sphère intellectuelle, aucun indice de confusions. Orientation et critique parfaites. Le calme, il est vrai, s'atténue progressivement. Une injection isolée de 3 milligrammes de génoscopolamine reste d'ordinaire insuffisante pour guérir un accès d'excitation durable. Mais un tel accès cède à un traitement continu, *réglé sur les variations de l'excitation, l'état physique du sujet, les phénomènes pupillaires en premier lieu.*

On tiendra le malade en haleine en répétant l'injection *le lendemain et le surlendemain soir. Les résultats les plus rapides s'obtiennent par une* posologie d'attaque : 3 milligrammes le premier jour, 4 le second, 5 le troisième. *Ne pas se laisser impressionner durant ces 3 jours par la mydriase, ni même par un léger affaiblissement du pouls. On pourrait utiliser des doses beaucoup plus fortes (jusqu'à 10 milligrammes dans un cas) sans observer aucun trouble alarmant comme ceux de l'intoxication par la scopolamine.*

Si ce traitement d'attaque achevé, et

(1) Dr G. d'Heucqueville. — Nouvelles méthodes de traitement des excitations à base de génoscopolamine. *Paris Médical*, 18 août 1934.

*la mydriase disparue, l'excitation persiste, on fera une ou deux séries d'attaque semblables à la première. Enfin les formes réfractaires à la cure d'attaque réitérée bénéficient cependant d'*une cure d'entretien, *par exemple* une injection de 3 milligrammes chaque soir ou mieux de 5 milligrammes un soir sur deux.

La voie intraveineuse peut être utilisée par une première injection quand on cherche une sédation immédiate, par exemple pour le transport du malade. Il vaut mieux alors pour un organisme dont on ignore les réactions, ne pas dépasser la dose de 2 milligrammes ; elle amène d'ailleurs un sommeil plus rapide en raison de la moindre intensité des phénomènes d'excitation.

Il est préférable de recourir ensuite aux injections sous-cutanées dont les résultats sont très supérieurs à dose égale à ceux de l'introduction par voie digestive.

Toutefois pour la cure d'entretien, la dose journalière de 4 milligrammes par voie digestive se montre suffisamment efficace.

Pour donner une idée statistique des résultats enregistrés, précisons que, sur 100 cas observés d'excitation maniaque ou de type maniaque (excitations transitoires de prédisposés, cyclothymiques), 65 ont cédé au traitement d'attaque à base de génoscopolamine, 20 se sont apaisés à la suite d'un traitement d'entretien. En revanche, 3 malades demeurés réfractaires à ces méthodes à base de génoscopolamine, ont guéri sous l'influence d'autres agents (bromures, véronal, gardénal) et 12 insensibles à tous les traitements, ont évolué vers les excitations chroniques diverses. Chiffres nettement plus favorables que ceux qui ont été cités à l'appui des autres méthodes.

L'expérience montre que la génoscopolamine exerce une action plus énergique, plus complète que toute autre drogue dans les excitations généralisées. Elle en constitue réellement un antidote de choix.

La Génoscopolamine dans les excitations non généralisées

Excitations anxieuses. — *Il n'est pas donné à la génoscopolamine le pouvoir de transformer la tonalité affective désespérée de l'anxieux, mais ces malades,* elle lutte victorieusement contre les manifestations secondaires de l'anxiété : hypertonie, agitation motrice, impulsions au suicide.

On obtient les meilleurs résultats chez les grands anxieux par le traitement d'attaque à base de génoscopolamine *en injections réglées comme ci-dessus, suivi de la cure opiacé (30 puis 60 gouttes de laudanum par jour) : si l'anxiété demeure intense, atteindre 100 gouttes de laudanum associé à 2 milligrammes de génoscopolamine par jour. L'association opium-génoscopolamine jouit des mêmes propriétés favorables dans l'excitation anxieuse sous cette forme, que dans l'excitation généralisée.*

Paroxysmes épileptiques. — *Les effets préventifs de la génoscopolamine, même à forte dose, contre les crises épileptiques, sont inférieurs à ceux du gardénal à doses moyennes. Elle a au contraire des indications dans le traitement des grands paroxysmes épileptiques ; état de mal, délires aigus épileptiques pour lesquels il est vain d'élever la dose du gardénal et parfois dangereux d'administrer des lavements de chloral ou des injections intraveineuses de barbituriques.*

L'association à la dose habituelle de barbituriques d'une injection sous-cuta-

©BIUM

née de génoscopolamine (3 milligrammes) ou même d'une injection intraveineuse produit une sédation nette et surtout durable.

Excitation d'origine organique connue. — *Elles sont surtout le fait des paralytiques généraux ou d'artérioscléreux cérébraux. Du point de vue de leurs réactions à la génoscopolamine, ces malades se comportant en règle générale comme les sujets de la première catégorie (excitations générales), les doses sont les mêmes et les résultats intéressants. L'association Génoscopolamine-Bromure donne des résultats supérieurs à la Génoscopolamine seule.*

Excitations symptomatiques de délire. — *La Génoscopolamine reste incapable d'amener une modification notable dans ces états. Après l'administration d'une dose normale, le malade ne présente aucun affaiblissement musculaire et le sommeil ne survient pas.*

Aux doses plus élevées, la mydriase et les illusions visuelles apparaissent, se greffent sur le délire et le malade est alors moins résistant, moins hostile, moins réticent. Le médicament à forte dose (5 milligrammes) est indiqué en cas de réticence à titre de test pour éclairer le diagnostic.

Mais cette sédation partielle reste passagère et, l'ivresse dissipée, le tableau clinique se reconstitue.

Excitations motrices pures. — *Les effets remarquables de la Génoscopolamine sur la raideur des parkinsoniens sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y revenir. L'hypertonie diffuse de certains mélancoliques aux confins de la stupeur cède à l'ordinaire quelques heures après l'administration de Génoscopolamine, le traitement de ces malades assouplis s'en trouve alors très facilité.*

Au contraire, dans un cas d'hypertonie invincible chez une démente sénile, la Génoscopolamine est restée sans effet. Chez les déments précoces, il est nécessaire de recourir à des doses élevées : 5 à 6 milligrammes pour réduire le négatorisme, ils acceptent l'alimentation à laquelle ils s'opposaient avec une énergie farouche, mais il s'agit plus d'une transformation de symptômes que d'une amélioration vraie.

On peut donc conclure que la Génoscopolamine s'est révélée un sédatif puissant, formellement indiqué dans l'excitation généralisée ou maniaque et capable de rendre aussi de très grands services dans les autres formes d'excitation, suivant les indications qu'on vient de donner.

Les bromures (et de préférence NaBr) restent cependant d'excellents sédatifs dont les effets se rapprochent de ceux de la Génoscopolamine, il faut malheureusement les donner à grosse dose.

Nettement inférieurs à la Génoscopolamine dans le traitement d'attaque, ils donnent des résultats comparables dans le traitement d'entretien.

Les Composés du Brome et l'Association Génoscopolamine-Bromure de Sodium

Dans sa monographie fondamentale, d'Heucqueville a montré que *l'association de la génoscopolamine au bromure renforçait notablement les effets des deux composants.* La sédation obtenue est plus durable avec la génoscopolamine bromurée qu'avec la génoscopolamine seule à la même dose. L'affaiblissement musculaire et réflexe ne sont pas exagérés, mais la sédation psychique est plus apparente, le sommeil obtenu et le calme qui lui succède, se prolongent plus longtemps.

La génoscopolamine bromurée doit

être préférée à la génoscopolamine dans les *excitations généralisées* et dans les *excitations d'origine organique ou toxique*, dans lesquelles elle produit des effets nettement supérieurs.

La proportion la plus favorable est la suivante : 1 gramme de bromure pour 3 milligrammes de Génoscopolamine.

La Génoscopolamine et la Génoscopolamine bromurée appliquées à la médecine générale, l'Obstétrique et la Chirurgie

Ces deux préparations, qui font preuve d'une efficacité aussi universelle dans les formes sévères d'excitation, trouvent, en dehors de la neurologie, des indications très étendues.

Tous les *spasmes viscéraux intenses*, de la crise d'asthme à l'occlusion intestinale, en sont justiciables.

La génoscopolamine, en injections de 3 milligrammes, apaise les spasmes du col dans l'*accouchement, diminue les douleurs et hâte l'expulsion.*

La génoscopolamine, spécialement la génoscopolamine bromurée, constitue le plus sûr *anesthésique de base* pour l'*anesthésie chirurgicale*. Elle affaiblit la défense musculaire, ralentit l'érethisme psychique, prépare l'organisme au sommeil, tandis que les opiacés ou les barbituriques déterminent une ivresse ou un sommeil prématuré, sans diminuer notablement la quantité d'anesthésique nécessaire pour l'intervention.

POSOLOGIE

La Génoscopolamine se présente en granules dosés au 1/2 mmgr. ou en solution dont X gouttes contiennent 1/2 mmgr. et correspondent à un granule. On l'ordonne à la dose de 4 à 6 granules ou XL à LX gouttes par jour.

Le médicament existe aussi en ampoules dosées à 1 et 3 mmgr. pour injection sous-cutanée.

L'association Génoscopolamine-Bromure se présente en ampoules injectables de 5 c/c contenant 3 mmgr. de Génoscopolamine et 1 gr. de Bromure de Sodium, pour répondre aux indications visées dans le travail ci-dessus.

Echantillons médicaux sur demande

LABORATOIRES DES PRODUITS AMIDO

A. BEAUGONIN, 4, Place des Vosges, PARIS (4e)

©BIUM

INFORMATIONS

DIX JOURS A NOEL SUR LA COTE D'AZUR

Le XII[e] voyage médical international de Noël sur la Côte d'Azur, organisé par la *Société médicale du littoral méditerranéen,* aura lieu du 26 décembre au 4 janvier. La concentration se fera à *Nice,* le jeudi 26 décembre. La journée sera consacrée à la visite de cette grande cité et à une réception officielle. Les jours suivants, les voyageurs verront l'Observatoire de Nice, le Monument d'Auguste à *La Turbie,* le Château médiéval de *Roquebrune* et parcourront la célèbre voie romaine de *Nice* à *Menton.* Ils visiteront cette gracieuse et antique station, avec le château de Grimaldi, le laboratoire du D[r] Voronoff et le *Cap-Martin.* Ils seront ensuite officiellement reçus dans la *Principauté de Monaco,* avec son Musée Océanographique unique dans le monde, ses jardins tropicaux et le Palais de ses Princes. Puis ils verront *Monte-Carlo* et son Casino à la célébrité

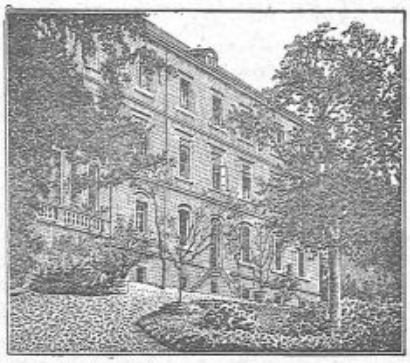
(A suivre page d'annonces XXIV).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement neuro-psychiatrique

Installations modernes et confortables



CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : D[r] H. BERSOT

CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

somnifène "roche"

réglable à volonté

à chacun sa dose

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

DIX JOURS A NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

mondiale, *Beaulieu* et sa flore tropicale, *Villefranche* et sa rade, le *Mont-Boron* avec son inoubliable panorama. Le retour s'effectuera le 29 décembre à Nice et la journée du 30 sera consacrée à une excursion dans les Alpes, avec déjeuner à la station de sports d'hiver de *Beuil*. Le 31 décembre, on parcourra *Cagnes*, la Cité des Peintres, *Vence* et ses sanatoria, *Grasse*, ville des parfums et centre climatique de la zone intérieure.

Le 1er janvier, les voyageurs seront les hôtes de *Cannes*, où ils assisteront à la fête traditionnelle des bains de mer du Nouvel An. Après avoir déjeuné à l'Institut d'Actinologie de *Vallauris*, ils seront reçus à l'Hôtel de Ville de *Cannes*, à 17 heures ; puis un dîner de gala leur sera offert à 20 heures, au Casino municipal. La journée du 2 janvier sera consacrée à la visite du *Cannet*, de *Juan-les-Pins* et de son poste radiophonique, d'*Antibes* et de son Cap, d'où l'on admirera le panorama des Alpes et de la Côte, d'*Hyères* à *San-Remo*. Le 3 janvier, on parcourra les *Montagnes de l'Estérel, Fréjus, Saint-Raphaël* et l'on reviendra à *Cannes* par l'admirable route de la Corniche-

(A suivre page d'annonces XXVI).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
— « PRIX MODÉRÉS » —

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café
SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES
Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles
MÉDICATION D'ATTAQUE
des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17e)

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*
65 trains par jour dans chaque sens
Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi
—
Confort Moderne
—
CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées

Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie
—
MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES
Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy
Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

DIX JOURS A NOEL SUR LA COTE D'AZUR

(Suite)

d'Or, avec les riantes cités d'*Agay*, du *Trayas* et de *Théoule*. La dissociation se fera à *Cannes*, le 4 janvier.

Ce voyage offre à ses adhérents des vacances agréables et utiles, où les réceptions luxueuses alterneront avec les démonstrations scientifiques les plus instructives, dans le cadre magique des plus beaux paysages du monde. Les trente années d'expérience de la Société organisatrice leur assurent une technique, un confort et une économie inégalables. Tous les membres recevront un permis de parcours individuel à demi-tarif, valable durant un mois sur les chemins de fer français, et des avantages importants sur les chemins de fer italiens et roumains. Les adhérents qui ne peuvent participer à la totalité du voyage bénéficieront d'une réduction correspondante de la cotisation.

Pour tous autres renseignements, on peut, dès à présent, écrire au Secrétariat de la *Société médicale*, 24, rue Verdi, à *Nice*.

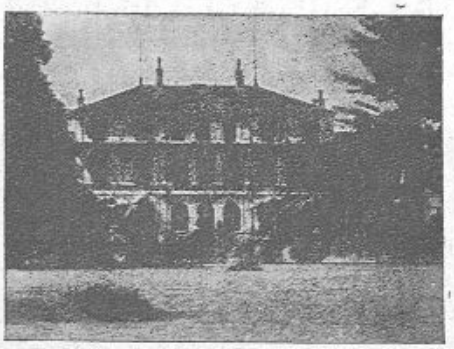
(A suivre, page d'annonces XXX).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose *D. P.* Rhumatisme
(Voie intramusculaire)

Oléochrysine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

Allochrysine Lumière

Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :
LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE

XV à XX gouttes à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)

ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

6, rue Abel - PARIS (12e)

VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

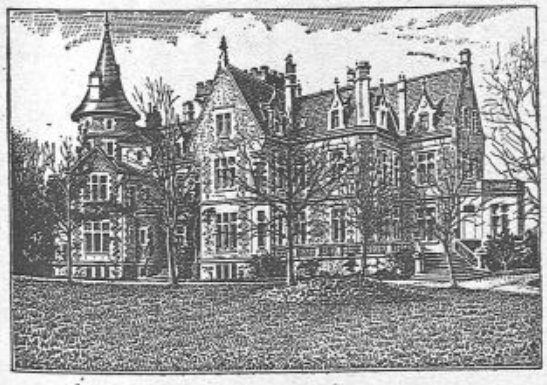
CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

MÉDAILLE OFFERTE AU PROFESSEUR LOUIS PUUSEPP

Les amis, les collègues et les élèves du Professeur

Louis PUUSEPP

ont eu la pensée, à l'occasion de son 60e anniversaire (3 décembre 1935) et de sa 25e année de Professorat, en témoignage de leur affection et de leur reconnaissance, de lui offrir une médaille.

Toute souscription de 50 fr. donnera droit à un exemplaire de la médaille, dont la remise aura lieu à une date qui sera ultérieurement fixée.

Les souscriptions sont reçues par le Docteur Voldemar Uprus, Tartu Ulikooli Närvikliinik, Maarjamõisa väljal, Tartu, Estonie.

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles
Directeur administratif : **E. COCONAS,** Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.

Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAINEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)

Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

LE CASTEL D'ANDORTE
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -
Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE
NOVACÉTINE
PRUNIER
6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE
PAU (B.-P.)
A M. LE DIRECTEUR
GLYCÉROPHOSPH
ASSIMILABLE

SOMMAIRE DU N° 4 (tome II), NOVEMBRE 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

J. Rogues de Fursac. — La pathologie dans l'histoire (Psychologie et maladies d'Alphonse-Louis du Plessis de Richelieu)..... 537

P. Quercy. — Sur un mécanisme des visions mystiques (L'hallucination métesthésique)..... 546

R. de Saussure. — Les sentiments d'infériorité..... 556

Mme le Dr E. Kaménéva. — Sur les limites et les particularités symptomatologiques des formes légères de la schizophrénie..... 565

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 14 novembre 1935

Nomination dans l'Ordre de la Légion d'honneur 597

P. Guiraud et Mme Bonnafous-Sérieux. — Maladie de Pick au début et remarques sur les itérations verbales et graphiques 597

H. Claude et P. Sivadon. — Essai de traitement de l'épilepsie par les injections intra-rachidiennes d'air 605

H. Claude et P. Rubenovitch. — Syndrome basedowien. Délire systématisé de persécution remontant à 5 ans. Rectification complète du délire à la suite de pyrétothérapie à l'huile soufrée 610

(Suite du sommaire page II).

MAISON DE SANTÉ

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : **Gob. 01.67**

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : **Docteur A. DELMAS**

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : **Docteur P. DELMAS**

Séance du lundi 25 novembre 1935

Adoption du procès-verbal 617
Correspondance 617
Election d'un membre titulaire honoraire 618
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire 618
Démission du Secrétaire général 618
Election d'un membre correspondant national 618
Election de deux membres associés étrangers 618
Nomination d'une Commission 619
J. Picard. — Délire hallucinatoire chronique déterminé par une fulguration atmosphérique 619
J. Dublineau et Dorémieux. — Acétylcholine et épilepsie 626
J. Picard, H. Ey et G. Marquet. — Efficacité préventive et curative de l'acétylcholine sur certaines manifestations épileptiques (crises subintrantes, impulsions et troubles du caractère) 629
J. Dublineau. — Quelle valeur attribuer, au point de vue syphilis, aux réactions biologiques liminaires en psychiatrie ? 637
J. Dublineau. — Recherches sur l'hémolyse. Dans quelle mesure permet-elle le dépistage des psychopathies syphilitiques frustes ? 644
J. Vié. — Améliorations survenant chez certains arriérés entre 16 et 25 ans ... 649

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 7 novembre 1935

Barbé et Brizard. — Mort en état de mal épileptique avec obstruction du tronc basilaire et de ses branches dans un cas d'hydrocéphalie interne 659
G. Guillain, P. Mollaret et I. Bertrand. — Considérations anatomo-cliniques sur un cas de polio-encéphalite aiguë chez un enfant 659
G. Guillain, I. Bertrand et J. Lereboullet. — Hydrocéphalie provoquée par une lésion systématisée des plexus choroïdes d'aspect tuberculoïde et d'origine indéterminée..... 660
G. Guillain, I. Bertrand et J. Lereboullet. — Etude anatomo-clinique sur un abcès mycosique du lobe frontal 660
G. Guillain, I. Bertrand et L. Rouques. — Sur une affection dégénérative pallidodentelée se traduisant par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et un syndrome terminal 661

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES
DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT
— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

INSTALLATION DE premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

— AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison de Santé de Repos de Régimes

FONDÉE PAR

M. le Dr MAGNAN

Membre de l'Académie de Médecine

Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

J.-A. Chavany et J. Lemant. — Un cas d'amyotrophie spinale syphilitique 661
P. Schmite. — Observation d'un tubercule cérébral de la région pariétale enlevé chirurgicalement 662
Th. de Martel et Guillaume. — Tumeur frontale sans signes de localisation 662
Th. de Martel et Guillaume. — A propos de deux cas de tumeurs du cervelet 662
P.-R. Bize. — Débilité congénitale avec hypertonie et paratonie, opposition et négativisme ; séméiologie des réactions de blocage 662
Lhermitte et A. Nemours. — Syringomyélie avec chéiromégalie. Rôle des traumatismes. Sensations de décharge électrique 662
Villaret, Haguenau et Vernet. — Syndrome de Tapia chez un traumatisé 663
Tinel, Fourestier et Friedmann. — Les réflexes antagonistes chez les parkinsoniens 663
Delmas-Marsalet et L. van Bogaert. — Sur un cas de myoclonies rythmiques continues, déterminées par une intervention chirurgicale sur le tronc cérébral 664
Cossa et Bougeaut. — Anorexie dite mentale et hypophyse 664
J.-A. Barré, J. Masson et A. Charbonnel. — Symptomatologie précoce d'une tumeur comprimant le plancher du IVe ventricule 664
L. Bethoren. — Psychose polynévritique de Korsakoff au cours d'une tuberculose lymphoganglionnaire évolutive suppurée 665
I. Bertrand, L. Blanchard et R. Vedel. — Deux cas de neuro-fibromatose chez le bœuf .. 665
I. Bertrand, L. Blanchard et R. Vedel. — Neuro-épithéliome intercostal chez le cheval ... 665

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 21 novembre 1935

P. Guillaume. — L'appréhension des figures géométriques 666

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 octobre 1935

P. Divry. — Lésions séniles au niveau de l'hypothalamus 667
Nève. — Modification d'origine syphilitique du liquide céphalo-rachidien ; absence de symptômes nerveux et mentaux..... 667
G. Vermeylen. — Les troubles mentaux dans la population bruxelloise 668

Société belge de Neurologie

Séance du 26 octobre 1935

Mme L. Stern. — La régulation neuro-humorale 668
L. Van Bogaert et Dijckmans. — Paralysie générale héréditaire et familiale..... 669
P. Van Gehuchten. — A propos d'un cas d'aphasie post-opératoire 670
P. Divry et Everard. — Paralysie saturnine 670

(Suite du sommaire page VI).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition

Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

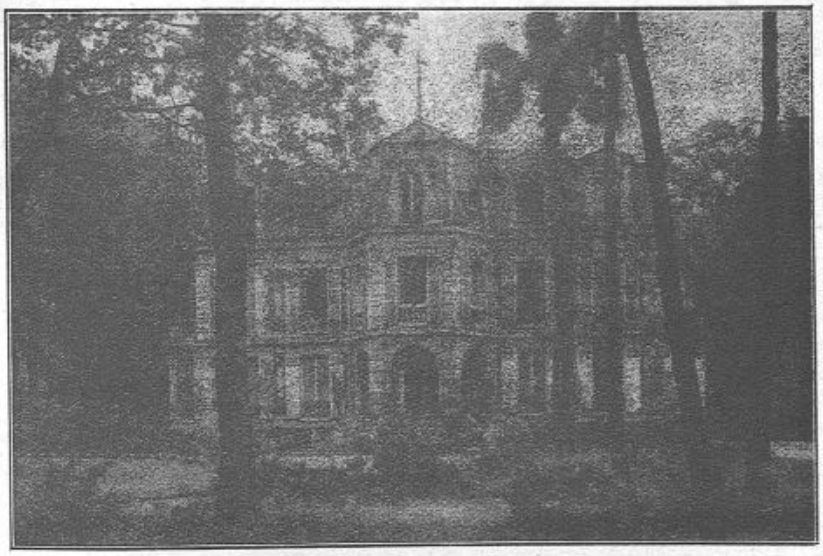
40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*
Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychiatrie.

FRIBOURG-BLANC et GAUTHIER. — La pratique psychiatrique dans l'Armée 671
Ch. BERLIOZ. — Essai sur l'obsession de négation 672

Neurologie.

P. MARESCHAL. — L'olive bulbaire. Anatomie, ontogénèse, phylogénèse, physiologie et physiopathologie 673
G.-H. ROGER et L. BINET. — Traité de physiologie normale et pathologique. Tome X, *Physiologie nerveuse*, par F. Bremer, R. Caussé, A. et B. Chauchard, J. Froment, R. Garcin, L. Garrelon, J. Haguenau, A. Hautant, A. Legrand, E. Lemaitre, J.-B. Logre, L. Merklen, G. Milian, N. Péron, H. Piéron, D. Santenoise, A. Strohl, E. Velter, M. Vidacovitch 675
J.-P.-L. DELAY. — Les astéréognosies. Pathologie du toucher, clinique, physiologie, topographie 675

Biologie.

E. PIZZARO CRESPO. — Allergies et anaphylaxies. Les phénomènes d'hypersensibilité dans leurs relations avec le psychisme inconscient . 676

JOURNAUX ET REVUES

Histoire de la psychiatrie.

P. SÉRIEUX. — Le quartier d'aliénés du dépôt de mendicité de Soissons au XVIIIe siècle d'après des documents inédits 677

Psychiatrie.

E. PINTO CESAR. — La nosologie psychiatrique sur des bases nouvelles 678
C. ALLEN. — Dysostose céphalique 678
E. DE AGUIAR WHITAKER. — Contribution à l'étude des Constitutions en Pathologie mentale.. 678
G. ZILBOORG. — Le problème de la constitution en psychopathologie 679
G.-W. HENRY et H.-M. GALBRAITH. — Facteurs constitutionnels dans l'homosexualité.... 679
Z. DROHOCKI. — Les mécanismes de base de la réaction psychosique 679
C.-O. FERRER et M.-A. CUBAS. — A propos des haines familiales 680
E. CIARLA. — Tuberculose et maladies mentales 680
S.-H. TULCHIN. — Etudes cliniques des tests mentaux 680
G. MARINESCO, A. KREINDLER et L. COPELMAN. — Essai d'une interprétation physiologique du test psychologique de Rorschach. Son application à

(Suite du sommaire page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 10.000 m². Tennis.

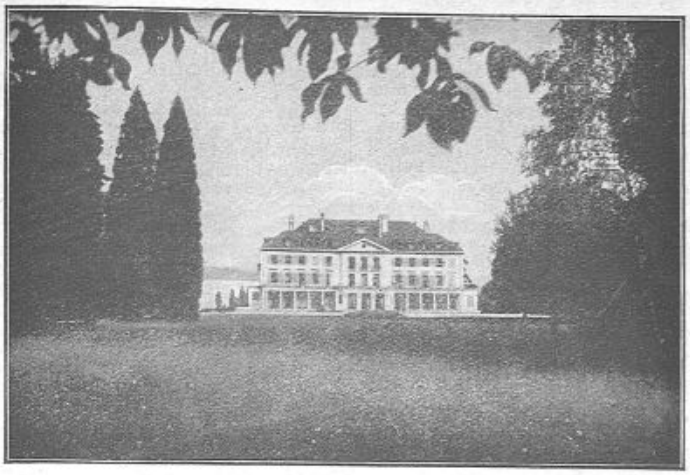
PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement des déficients intellectuels à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : Dr O.-L. FOREL Privat-Docent à l'Université de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : **analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie.** Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et instruit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et **Pension** (cures de repos) à partir de **20** francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et **Pension** (traitement médical compris) à partir de **30** francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

©BIUM

l'étude de la dynamique cérébrale des jumeaux 681
H.-O. Pfister. — Couleur et mouvement dans les dessins des malades mentaux..... 681
G. Heuyer et J. Borel. — Le délire de rêverie 682
A.-L. Epstein. — Etude sur la conscience onirique au point de vue de la psychologie pathologique et de la physiologie des psychoses..... 682
A.-B. Alexandrowskij. — Auto-observation d'intoxication mescalinique 682
F. Morel. — Les scotomes positifs et les hallucinations visuelles du délirium tremens.. 683
H. Claude. — Evolution variable des manifestations hallucinatoires en rapport avec le substratum organique 683
Quercy. — Les hallucinations volontaires 683
Quercy et Hédouin. — Une forme de l'hallucination auditive verbale. L'hallucination continue 683
N. Gotten et Cl.-A. Patten. — Les illusions du spiritisme. Réactions psychiatriques..... 684
F. Gorriti. — Intuition délirante mystique 684
J. Lévy-Valensi. — Syndromes érotomaniaques 684
F. Rébora. — Essai d'interprétation d'un cas de syndrome d'obsession 684
A.-C. Pacheco e Silva. — Les paraphrénies 685
Humann. — Troubles mentaux des indigènes du Sahara algérien 685
E. Gelma. — La dépression mélancolique du poète Ovide pendant son exil 685
G. Pintus. — La palilalie chez les mélancoliques 686
E. Jung. — De la psychogénèse des dépressions réactives 686
A.-A. Werner, G.-A. Johns, E.-F. Hoctor, C.-C. Ault, L.-H. Kohler et M.-W. Weis. — Mélancolie d'involution 687
Mme C. Munn. — Aperçu historique de la littérature sur la stupeur. Observation d'un cas ayant duré 12 ans, avec amnésie complète pendant 10 ans 687
L.-S. Vigotsky. — La pensée dans la schizophrénie 687
F. Barison. — L'abstraction formelle de la pensée au cours de la schizophrénie..... 688
H. Burkhardt. — Le « parler à côté » schizophrénique 688
J. Nelken. — Schizophrénie atténuée..... 688
W. Lopez Albo. — Schizophrénie précocissime ou prépubérale. Démence précoce infanto-puérile. Démence précocissime 689
L. Grebelskaja-Albatz. — Contribution à la clinique de la schizophrénie chez les jeunes enfants 689
S. Ramirez Moreno. — Relations entre la forme paranoïde de la schizophrénie et les délires systématisés hallucinatoires 690
M.-H. Erickson. — La concomitance des modifications organiques et psychologiques au cours d'une amélioration marquée dans la schizophénie 690
F. Wigers. — Jumeaux univitellins discordants en ce qui concerne la schizophrénie..... 690

(Suite du sommaire page X).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

SAINT-RÉMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).

-- -- TRAITEMENT -- --

des affections du Système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine. Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés - - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux. - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- Dr P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

©BIUM

J. Kasanin. — Un cas de schizophrénie chez l'un seulement de jumeaux identiques..... 691
S.-H. Kraines. — La manie de Bell..... 691
D.-N. Parfitt. — Psychoses associées à l'anémie pernicieuse avec présentation de deux cas 691
P. Schilder. — Troubles psychiques consécutifs aux traumatismes craniens..... 692
A.-J. Plotitcher, J.-M. Esersky, A.-M. Fournanow et M.-J. Dotsenko. — Clinique et psychophysiologie du traumatisme neuro-psychique de l'enfant 692
I. Strauss et N. Savitsky. — Lésions céphaliques. Aspects neurologiques et psychiatriques.. 693
G. Marinesco et A. Kreindler. — Langage, Aphasie et réflexes conditionnels 693
Th.-H. Weisenburg. — Etude de l'aphasie.. 694
G. Engerth et H. Urban. — Contribution à l'étude des fonctions artistiques perturbées dans l'aphasie sensorielle 694
A.-H. Woods. — La syphilis dans la tragédie de Shakespeare. Timon d'Athènes 694
P. Dorolle. — A propos de la paralysie générale et des psychoses syphilitiques en Cochinchine 695
S. Ramirez. — La syphilis est-elle la cause unique du tabès et de la paralysie générale ? 695
Quercy, de Boucaud et Hédouin. — La paralysie générale à l'asile d'aliénées de Bordeaux de 1924 à 1934 695
W. Pires. — Tabès et psychose..... 695
J. Meissner. — Problème des psychoses de l'âge présénile et sénile 696
K. Lowenberg et R.-W. Waggoner. — Psychoses familiales organiques du type Alzheimer. 696
N.-B. Samuchin, G.-B. Birenbaum et L.-S. Wygotsky. — Contribution à la question de la démence au cours de la maladie de Pick. 696
Pinero et Orlando. — Contribution à l'étude de la maladie de Pick 697
R. Fritzsche. — Une forme familiale d'oligophrénie avec dépôts symétriques calcaires dans le cerveau, en particulier dans les noyaux de la base, démontrés par la radiographie.. 697
M.-S. Pevzner. — Contribution à l'étude du développement de l'enfant post-encéphalitique 697
G.-M. Davidson. — A propos de la cause de la mort dans certaines psychoses..... 698
D.-A. Mac Erlean. — Quelques aspects du suicide 698

Psychanalyse.

T. Beraru. — La psychologie individuelle 699
R. Markuszewicz. — Réflexions sur l'organisation « phallique » de l'instinct sexuel.. 699
P. Schiff et Mlle A. du Tillet. — Valeur psychiatrique de la différence sexuelle dans le geste du lancer 699
Cl.-A. Neymann. — La psychanalyse de la psychose maniaque dépressive..... 699
G. Bychowski. — Le criminel à la lumière de la psychanalyse 700

Neurologie.

B. Pommé et R. Noël. — La zone de jonction myoneurale dans quelques cas pathologiques 700

(Suite du sommaire page XII).

12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. : Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des **enfants** présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du Dr **Suzanne SERIN.**

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT TOUTE L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-:- Indication spéciale de cure pour les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX ET DES MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent -:-

Etablissement hydrothérapique dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothérapie. Radiologie

Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la suppression des bruits. **Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.**

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine de diététique. Laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du lac). Pêche à la truite

Directeur Général : **TARTAKOWSKY**

B. Pommé et J. Duguet. — Physiologie du nerf grand hypoglosse 700
A. Kristenson. — La localisation du centre médullaire du nerf phrénique 701
L. Lipszowicz. — Le réflexe cornéo-mentonnier de Flateau au cours des affections corticales et extra-corticales 701
W. Sterling. — Séméiologie des réflexes controlatéraux 701
N. Konowaloff. — Contribution à la clinique et à la physiopathologie du réflexe de préhension 702
Z. Finkelstein et M. Kaczynski. — Le symptôme de Rossolimo dans les maladies générales et chirurgicales 702
Olloz. — Ophtalmoplégie totale unilatérale 703
R. Nyssen et L. van Bogaert. — La dégénérescence systématisée optico-cochléo-dentelée 703
W.-J.-C. Werhaart. — De l'anencéphalie.. 703
A. Gordon. — Lésions du lobe frontal avec manifestations cérébelleuses 703
C.-A. Pierson. — Tumeur cérébrale du lobe préfrontal remarquablement tolérée..... 704
O. Bonazzi. — Traumatismes et tumeurs du système nerveux central 704
F. Giamuli. — Les tumeurs du mésencéphale 704
E. Herman et J. Mackiewicz. — Tumeur de la couche optique et du IIIe ventricule avec symptômes choréiques 704
K. Bonhœffer. — L'état actuel du problème des localisations de la couche optique..... 705
E. Sjövall et A. Wallgren. — Quelques aspects de la dégénérescence hépato-lenticulaire et sa pathogénie 705
C.-A. Pierson. — Un complexe neurologique. Grand spasme de torsion, dystonie d'attitude, Kinésie paradoxale et dystonie spastique 705
J. Lev. — Pseudosclérose évoluant depuis quatre ans sans troubles mentaux..... 706
R. Bing. — Syndromes extrapyramidaux réversibles 706
L. van Bogaert. — Troubles extrapyramidaux, anneau cornéen et cirrhose pigmentaire au cours de la trypanosomiase africaine..... 706
L. van Bogaert et J. de Busscher. — Hémiathétose post-diphtérique 707
C. Trétiakoff. — Un syndrome de l'aqueduc de Sylvius 707
W. Baranowski. — Diabète insipide avec syndrome de Frœhlich 707
N.-V. Mirtowsky et R.-I. Ousatchew. — Signes initiaux ou précoces de sclérose disséminée 707
A.-H. Jackson. — Paralysie spastique familiale 708
J. Merenlender et Mme N. Zand. — Sclérémie avec symptômes nerveux 708
H. Günther. — Des paralysies dans l'hémophilie 708
E. Moniz. — Les hématomes sous-arachnoïdiens et les anévrysmes cérébraux..... 709
I. David-Galatz et R. David. — Méningites partielles 709
J.-L. Abramson. — Méningite lymphocytique aiguë 709

(Suite du sommaire page XIV).

INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS . 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).
2° Les arriérés accidentels.
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

NOUS N'ACCEPTONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES ET NON CONTAGIEUX

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

DIRECTION :

E. HAAS HAUTVAL — Mlle Dr H. HAAS HAUTVAL

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : **le D^r^ Cl. VURPAS**

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r^ **PICHARD**, Ancien Interne des Hôpitaux

J.-A. Chavany. — Syndrome sympathique cervical supérieur. (Maladie de Barré-Liéou).. 709
B. Pommé et R. Péchoux. — Les subluxations de la colonne cervicale 710
M. Laignel-Lavastine et Mme Mary Trivas. — Quelques remarques sur l'auto-observation d'un tabétique de qualité 710
R.-A. Chersonsky. — Névrites postsérothérapiques 710
M. Schachter. — Le problème des polynévrites dites apioliques et dues à l'acide tri-orthocrésyl-phosphorique 711

Anatomie.

A.-C. Pierson. — Ossification fragmentaire de la faux du cerveau chez un paralytique général indigène 711
A.-T. Steegmann. — Etat particulier des cellules du corps genouillé externe ressemblant à celui de l'idiotie amaurotique 711
P. Puech et L. Stuhl. — Adénomes de l'hypophyse. Aspects radiologiques schématiques de la selle turcique 711
F. Parkes-Weber, C. Worster-Drought et W.-E. Carnegie-Dickson. — Tumeur à cholestérol, craniopharyngiome du corps pituitaire... 712
R. Bueno. — Un cas d'astrocytome intravermien 712

Biologie.

A. Giroud. — L'hérédité des caractères acquis 712
E. Letard. — Les conceptions relatives à l'hérédité des caractères acquis en zootechnie.. 712
A.-S. Paterson. — La profondeur et le rythme de la respiration normale dans les psychoses 713
A. Kronfeld, A. Muller et R.-C. Reiner. — Recherches avec autotonographe 713
V.-T. Viti. — Les variations horaires de la pression artérielle, de la fréquence du pouls, de la respiration et de la température chez les malades mentaux 713
H. Freeman. — La durée de la circulation brachio-carotidienne chez les sujets normaux et dans la schizophrénie 714
A. Zeckel et S.-D. Posthumus. — Le métabolisme basal dans les psychoses 714
P.-E. Maspes et F. Visintini. — Recherche sur la chronaxie dans le syndrome catatonique et dans son interruption expérimentale 714
W.-R. Ingram et S.-W. Ranson. — Bulbocapnine. Effets sur les animaux atteints de lésions du système nerveux central..... 715
A. Benicio. — Etude des différentes techniques de la ponction sous-occipitale et spécialement de celle de Ravaut 715
Z. Izikowitz. — Le comportement de la substance réductrice dans le liquide céphalo-rachidien, en cas de ponction lombaire fractionnée 715
H. Roger et E. Pekelis. — Les réactions cytologiques du liquide céphalo-rachidien au cours des tumeurs cérébrales 716
D'Ormea et Broggi. — A propos du « phénomène d'obstacle » de Donaggio dans l'urine et le

(*Suite du sommaire, page XVIII*).

CENTRE
MÉDICO - PSYCHOLOGIQUE
POUR ENFANTS

“ La Métairie ”

-- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. : Nyon 95.626 --

Traitement des troubles nerveux de l'enfance. Action pédagogique combinée au traitement médical. Individualisation de l'enseignement. -- -- Séjours d'observation. -- -- **Institut pathopsychologique spécialisé pour examens et expertises neurologi- -- -- ques et psychologiques.** -- -- Consultations tous les jours. Dr Guillerey, Médecin Directeur, Dr Duby, Dr Calame. Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein. -- -- -- --

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL
Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées
Deux à quatre cuillérées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aigües et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ
Extrait concentré de vitamines A. B. et C.
Ergostérol irradié
Une cuillérée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminéralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE
Polonovski et Nitzberg
Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE
Polonovski et Nitzberg
4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE
Polonovski et Nitzberg
2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE
Polonovski et Nitzberg
ou
Ampoules — Goutte — Granules
GÉNOSTHÉNIQUES
Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE
Polonovski et Nitzberg
En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

©BIUM

TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR STOVARSOLTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4-oxy-3-acétylamino-phényl-l-arsinate de sodium

Traitement efficace pour un pourcentage élevé des cas
même avancés

INJECTIONS SOUS-CUTANÉES INDOLORES

PAR PYRETOTHÉRAPIE

DMELCOS

Stock-vaccin
Émulsion stabilisée de bacilles de Ducrey

Tous les avantages de la Malariathérapie
sans ses inconvénients
Action thermique réglable à volonté

INJECTIONS INTRA-VEINEUSES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" ET "USINES DU RHONE"
21, RUE JEAN-GOUJON - PARIS-8e

CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE
ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES
MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

somnifène "roche"

réglable à volonté

à chacun sa dose

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

liquide céphalo-rachidien des malades mentaux 716
C. Delfin. — Recherches de la réaction de Donaggio sur les urines des déments précoces et de quelques formes de maladies mentales 716
H. Claude, J. Dublineau et Kerfridin. — De quelques modifications biologiques dans la chryso-pyrétothérapie des psychoses et de leur valeur pronostique 717
Bosch et Bruno. — Les modifications sanguines dans les asphyxies..... 717
G. Iungmichel. — De l'importance clinique et médico-légale du dosage de l'alcool dans le sang 717
L. Valenciano et L. Ortega. — L'influence de la morphine sur les mécanismes glycorégulateurs 718
R.-E. Carratala. — Modifications hématologiques déterminées par l'intoxication barbiturique. Observations cliniques et expérimentales. 718
A. Courtois. — Les azotémies d'origine nerveuse 718
A. Vitello. — La glutathionémie chez les épileptiques 719
G.-M. Griffiths. — Le calcium dans l'épilepsie 719
O. Cesar. — Etude histo-chimique sur le calcium et le fer dans l'écorce cérébrale d'un épileptique 719
Salvadore di Mauro. — L'épreuve de Förster dans le diagnostic de l'épilepsie..... 720
A. Leulier et B. Pommé. — Recherches sur le potassium musculaire 720

Assistance.

Aug. Lev. — Le régime des cliniques libres pour malades mentaux en Belgique..... 720

Thérapeutique.

A. Lemaire et E. Bioy. — L'Acétylcholine dans le traitement des accidents de la ponction lombaire 721
J.-A. Kindwall et G.-W. Henry. — Enveloppements humides et bains prolongés. Etude clinique des réactions à ces formes de traitement 722
H.-F. Hoffman. — Physiothérapie..... 722
D. Santenoise et M. Vidacovitch. — Etude expérimentale de l'action de l'eau de Vittel-Hépar sur le système organo-végétatif et sur diverses fonctions organiques 722
A.-P.-L. Beley. — Essais de thérapeutique endocrinienne dans les grands syndromes mentaux chez la femme 722
C.-I. Urechia et Mme A. Retezeanu. — Le glycocolle dans deux cas de myopathie et un cas de myasthénie. L'opothérapie surrénale et l'extrait tubérien dans la myasthénie 723
S.-E. Jelliffe. — Acroparesthésie et quinidine. Une enquête et une question..... 723
W. Dameshek, A. Myerson et J. Loman avec Mme C. Stephenson. — Les effets de l'amytal sodique sur le métabolisme..... 723
G. Johnson. — L'éphédrine dans la narcolepsie 723

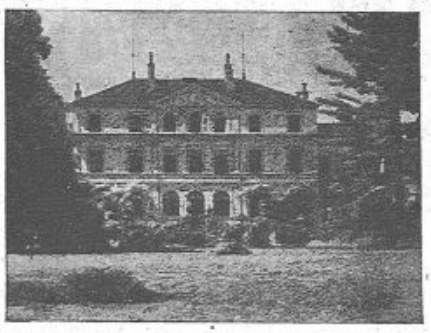
(*Suite du sommaire, page XX*).

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

©BIUM

LE CASTEL D'ANDORTE

- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

©BIUM

R. Strøm-Olsen et M. L. M. Mc Cowan. — La narcose prolongée dans les troubles mentaux : Résultats du traitement dans 107 cas 724
G.-R. Lafora. — La thérapeutique par le sommeil prolongé dans une névrose réactive hyperkinétique 724
F.-M. Adams et P.-L. Hays. — Le traitement par l'atropine du syndrome parkinsonien post-encéphalitique 724
M.-H. Weinberg. — Le traitement par la léci-thine de quelques syndromes de sclérose multiple 724
G. Darcourt. — Traitement de certains troubles douloureux des membres par l'infiltration plexulaire de solution stabilisée d'iodure de sodium 725

Médecine légale.

E. Raiga. — Le secret professionnel dans les Asiles 725

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :
Séances 726
Prix de la Société Médico-Psychologique. 726
Asiles publics d'aliénés :
Nécrologie 727
Nominations 727
Postes vacants 727
Hygiène et Prophylaxie :
Deuxième Congrès International d'hygiène mentale 727
VIe Assemblée annuelle de la Ligue Espagnole d'Hygiène mentale 727
L'application en Allemagne de la loi sur la stérilisation. Une enquête du « Times ». 728

INFORMATIONS

Ministère de la Santé Publique. Direction de l'Assistance et de l'Hygiène publique (Service de prophylaxie des maladies vénériennes).. xxi
Ier Congrès de la Fédération Internationale des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc. (Rome, avril 1936). xxii

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
— « PRIX MODÉRÉS » —

INFORMATIONS

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Direction de l'Assistance et de l'Hygiène Publique (Service de prophylaxie des Maladies vénériennes)

La lutte contre les fléaux sociaux, surtout contre les maladies vénériennes ne peut se poursuivre sans le concours de tous les médecins.

Si un malade ne peut faire les frais d'un traitement ou d'un examen sérologique nécessaire, le médecin peut demander pour lui, à la Préfecture de son département, la gratuité des médicaments spécifiques et des examens de laboratoire.

Le secret professionnel est rigoureusement respecté.

Le médecin conserve entièrement la conduite du traitement.

(A suivre page d'annonces XXII).

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

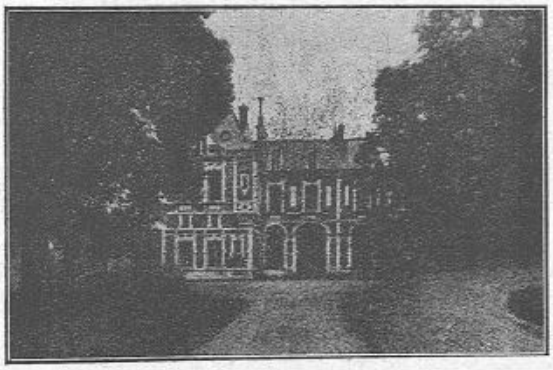
PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi

—

Confort Moderne

—

CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie

—

MÉDECINS SPÉCIALISTES
résidant au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

B*

©BIUM

Ier CONGRES DE LA FEDERATION INTERNATIONALE des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc.

(Rome, avril 1936)

La *Société d'anthropologie et de psychologie criminelle* (Italie) ;
La *Kriminalbiologische Gesellschaft* (Autriche) ;
La *Société de prophylaxie criminelle* (France) ;
La *Société de prophylaxie criminelle* (Belgique) ;
La *Société d'anthropologie et de psychologie criminelle* (Brésil) ;
La *Société de Criminologie* de la République Argentine ;
L'*Institute for the scientific treatment of delinquency* (Angleterre);

constitués en Fédération Internationale, au mois de décembre dernier à Paris, ont décidé de tenir, au mois d'avril de l'année prochaine, leur premier Congrès international.

Le but de ce Congrès est de fixer les devoirs scientifiques et pratiques fondamentaux de cette nouvelle Fédération internationale, et de

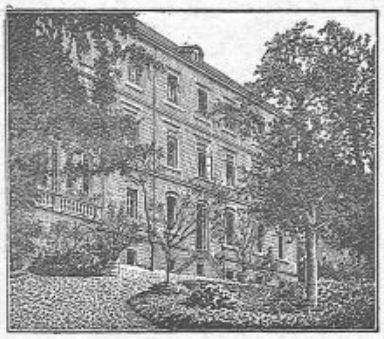
(A suivre page d'annonces XXIV).

CLINIQUE BELLEVUE

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Etablissement neuro-psychiatrique

Installations modernes et confortables



CURES
de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.

Vastes parcs ombragés. Vie de famille.

Prospectus — Prix très modérés

Directeur : **Dr H. BERSOT**

TRAITEMENTS AURIQUES

Tuberculose *D. P.* Rhumatisme

(Voie intramusculaire)

Oléochrysine Lumière

Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium

Allochrysine Lumière

Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS *omnivalentes* NON SPÉCIFIQUES

Anaphylaxie, Manie, Mélancolie

EMGÉ LUMIÈRE

ab ore
voie veineuse
voie musculaire

(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :

BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :

LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17e)

Ier CONGRES DE LA FEDERATION INTERNATIONALE

des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc.

(Rome, avril 1936) [*suite*]

---

commencer, le plus tôt possible, une active collaboration entre les Sociétés internationales de police criminelle, de droit pénal et de droit pénitentiaire, aussi bien dans le domaine scientifique que dans le domaine pratique de la lutte moderne contre le délit. Cette collaboration s'avère désormais toujours plus indispensable dans la législation sociale moderne, dans les législations pénale et pénitentiaire, étant donné que l'étude des mobiles biosociologiques, qui sont à la base de la criminalité, l'étude de la personnalité du délinquant, dans ses diverses manifestations, l'étude du mécanisme de l'état de danger criminel et des remèdes préventifs et curatifs de la criminalité les plus efficaces — tant individuels que collectifs — constituent un élément toujours plus indispensable dans la lutte moderne contre le délit, et revêtent

(A suivre, page d'annonces XXV.)

-- PRODUITS -- BIOLOGIQUES CARRION
54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8e --:-- ANJOU 36-45 (2 lignes)

- OPOTHÉRAPIE -
Comprimés - Cachets - Perextraits injectables
-- -- Associations pluriglandulaires -- --

▼

- ANTASTHÈNE -
-- Ampoules - ASTHÉNIES - Comprimés --

L. CUNY, Docteur en Pharmacie

Ier CONGRES DE LA FEDERATION INTERNATIONALE des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc.

(Rome, avril 1936) [*suite*]

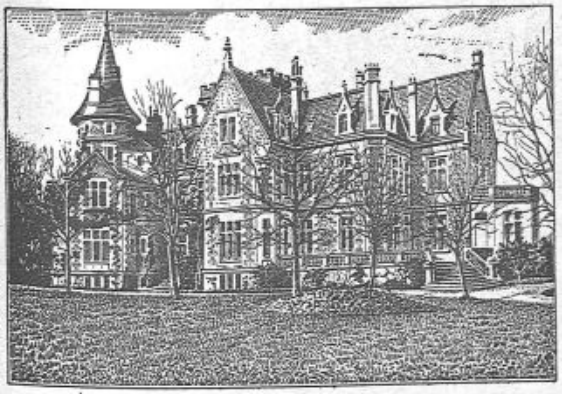
par conséquent une importance fondamentale pour le progrès social et moral lui-même des Nations.

Dans ce but, le Comité central de cette nouvelle Fédération internationale, composé des professeurs Aschaffenburg, Bersot, Di Tullio, Lenz, Ribeiro, Toulouse, Vervaeck et Weigandt, réuni à Bruxelles au mois d'avril de cette année, a fixé qu'au cours du Congrès qui doit se tenir en avril 1936 à Rome, seront étudiés des rapports concernant : l'étiologie, le diagnostic et la prophylaxie de la délinquance des mineurs, la prophylaxie criminelle en rapport avec la réforme des lois pénales, les idées fondamentales de la biologie et de la biotypologie criminelle, la prophylaxie criminelle générale et l'anthropologie pénitentiaire.

(A suivre page d'annonces XXVI).

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr Marcel DHERS

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

©BIUM

Ier CONGRES DE LA FEDERATION INTERNATIONALE

des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc.

(Rome, avril 1936) [*suite*]

Nombreuses sont déjà les communications annoncées ; nombreux sont les savants de tous pays, qui ont déjà assuré leur participation.

La *Société italienne d'anthropologie et de psychologie criminelle* est en train de préparer le programme de ce premier Congrès international ; elle a dès maintenant décidé de présenter de vastes rapports sur l'organisation actuelle de la lutte contre le délit en Italie ; elle a pris soin en outre que les congressistes puissent visiter les établissements les plus récemment crées pour la prévention de la criminalité et la rééducation sociale des délinquants (à Rome, Naples, Aversa, Orvieto, etc.).

Envoyer l'adhésion, en indiquant si l'on désire faire des communi-

(A suivre page d'annonces XXVIII).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)
Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles
Directeur administratif : **E. COCONAS,** Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.

Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAINEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR

Ier CONGRES DE LA FEDERATION INTERNATIONALE des Sociétés d'Anthropologie et de Psychologie criminelle, de Biologie criminelle, de Prophylaxie criminelle, etc.

(Rome, avril 1936) [*suite*]

cations : Celles-ci doivent être parvenues au Secrétariat Général du Congrès avant le 31 décembre de l'année courante.

Le Secrétaire général du Congrès international,
Prof. BENIGNO DI TULLIO,
de l'Université Royale de Rome.

Le Président
de la Société italienne d'anthropologie
et de psychologie criminelle
et du Comité directeur du Congrès international,
Sénateur MARIANO D'AMELIO.

La cotisation au Congrès s'élève, pour les personnes non inscrites aux diverses Sociétés faisant partie de la Fédération internationale, à 30 lires.

Pour toute information ultérieure on est prié de s'adresser au Secrétariat général de la Société italienne d'anthropogie et de psychologie criminelle, Via Giulia n. 52, Rome ou pour les adhérents français, au *Docteur Yves Porc'her, Asile de Villejuif (Seine).*

VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 5 (tome II), DÉCEMBRE 1935

MÉMOIRES ORIGINAUX

LAIGNEL-LAVASTINE et Ch. BERLIOZ. — L'obsession chez Rainer Maria Rilke..... 729
A. GORDON. — Les troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes craniens et leur interprétation psychopathologique..... 745
G.-I. ODOBESCO et H. VASILESCO. — Syndrome hypophysaire et épilepsie post-climatérique..... 760
A. DONNADIEU. — Traitements arsenicaux et syphilis nerveuse..... 768

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 12 décembre 1935

Correspondance 774
P. ABÉLY et P. GUYOT. — Maladie de Wilson et troubles mentaux 775
P. GUIRAUD et Ch.-H. NODET. — Les syndromes sensitifs chez les paralytiques malarisés 779
J. FORTINEAU et Mlle P. PETIT. — Un cas de délire à quatre 787
L. MARCHAND et A. COURTOIS. — Deux cas de syndrome de Parkinson encéphalitique datant de 14 ans. — Disparition des cellules du locus niger 791
Mlle BADONNEL, J. AJURIAGUERRA et M. LECONTE. — Syndrome aphaso-agnoso-apraxi-

(Suite du sommaire page II).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre -:- Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : Dr BUSSARD
MÉDECIN ASSISTANT : Dr Paul CARRETTE

Maladies du Système nerveux et de la Nutrition

Psycho-névroses

Intoxications

Convalescences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne, éclairage électrique, eau courante chaude et froide dans les chambres, chauffage central.

©BIUM

que (Sur les troubles de la notion du moi et de la notion spatiale dans une démence présénile) 798
H. Pichard, Yv. André et M. Leconte. — Un cas de paralysie générale infantile parvenue au stade juvénile 805

Séance du lundi 23 décembre 1935

Assemblée générale

Adoption du procès-verbal 809
Correspondance 809
Election d'un membre titulaire honoraire 809
Election de 6 membres correspondants nationaux 810
Rapport de la Commission des Finances 810
Rapport du Secrétaire général 811
Election du Bureau pour l'année 1936. 813
Bureau de la Société Médico-Psychologique pour l'année 1936 815
Conseil d'Administration 815
Commission des Finances 815
Annales Médico-Psychologiques 815
Prix de la Société Médico-Psychologique. 816

Séance ordinaire

Trillot et Ducoudray. — Un cas d'hypermnésie élective chez un vieil hébéphrénique 816
Paul Courbon et Feuillet. — Avances érotiques de conciliation, moyens de défense d'une paranoïaque schizoïde 820
G. Blechmann. — Simulation de fièvre chez un enfant de 11 ans 826
Th. Simon et Mlle P. Petit. — Présentation de feuilles d'observation d'aliénation mentale 831

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 décembre 1935

Th. Alajouanine, Th. Hornet et R. André. — Aspect anatomique et pathogénie du feutrage arachnoïdien spinal dans certaines maladies à virus neurotrope 837
M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios. — Un cas de sclérose en plaques probablement familiale 838
M. Laignel-Lavastine et N.-T. Koressios. — Les troubles du métabolisme des lipoïdes phosphorés dans la sclérose en plaques..... 838
Barré. — Crises douloureuses de type sympathique chez un hémiplégique 838

(*Suite du sommaire page IV*).

MAISON DE SANTÉ

-:- D'IVRY-SUR-SEINE -:-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine

Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des **convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.**

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. ✲ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

André-Thomas et G. Huc. — Sur un syndrome caractérisé par un double pied-bot et une double main-bote associés : une amyotrophie d'un type spécial des membres supérieurs et inférieurs, remontant à la naissance..... 839
A. Thévenard, X. Contiadis et P. Auzepy. — Paralysie totale post-traumatique du plexus brachial. Interventions chirurgicales. Guérison complète en 18 mois 839
Cl. Vincent. — Repérage radiographique pour mettre en évidence le profil du rocher dans les tumeurs de l'angle 839
J. Lhermitte, Mouzon, A. Nemours et Isidor. — Nanisme myxœdémateux et ateleiose. Leurs caractères différentiels 840
J. Lhermitte, Beaujard et A. Nemours. — Les effets de la radiothérapie spinale sur les myopathies 840
Baruk. — Contribution à l'étude de la pathogénie des cénesthopathies 840
G. Roussy, R. Huguenin et Mlle Boucabeille. — Syndrome bilatéral du tronc lombo-sacré par métastase cancéreuse 840
H. Roger, M. Arnaud et A. Jouve. — Tumeur kystique du vermis et crise de tétanie décelée par une ventriculographie 841
Boschi. — Le traitement des affections toxi-infectieuses chroniques du névraxe par l'auto-hémothérapie associée à la provocation de méningites aseptiques (autohématonévraxothérapie) 841
Th. Alajouanine, Thurel, Hornet et Boudin. — Polyradiculonévrite généralisée avec diplégie faciale et dissociation albumino-cytologique. Etude anatomoclinique 841

Société française de Psychologie

Séance du jeudi 12 décembre 1935

J. Elmgren. — Le problème fonctionnel de la mémoire 842

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 novembre 1935

De Greef. — Les criminels immoraux..... 843
A. Leroy. — La diéthylmalonylurée, médicament calmant 843
H. Baonville, J. Ley et J. Titeca. — L'atropine à hautes doses dans le traitement du parkinsonisme 843
H. Baonville, J. Ley et J. Titeca. — Syndrome hérédo-dégénératif et polynévrite 844

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 23 novembre 1935

L. van Bogaert. — Hémihypertrophie cranio-faciale progressive avec hémisyndrome parkinsonien homolatéral 844
Borremans et R. Ley. — Sarcomatose réticulaire des méninges 844
J. François. — Zona ophtalmique et paralysies oculaires 845
F. Bremer. — L'oscillogramme du cortex cérébral chez l'homme et chez les animaux 845

(Suite du sommaire page VI).

CHATEAU DE L'HAŸ-LES-ROSES
DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT
— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

INSTALLATION DE premier ordre
Notice sur demande
2, rue Dispan
L'HAŸ-LES-ROSES (SEINE)
TÉLÉPHONE : 5
AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
— CURES DE DÉSINTOXICATION —
— DE REPOS ET DE RÉGIMES —

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie

12 chalets pourvus du confort moderne disséminés dans un parc de 5 hectares. Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : *Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS*
Médecin assistant : *Docteur LECLERCQ*
Téléphone : LE VESINET 12

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Médecine légale.

Th. Simon. — Trois cents cas de délinquance juvénile. Essai de psychologie et de conclusions d'ordre pratique 846
E. Martin et V. Mouret. — Le sauvetage de l'Enfance et de l'Adolescence en danger physique et moral 847
B. Spilsbury. — L'application des principes de la physiologie aux problèmes médico-légaux 848
C. Quinan. — L'écriture des criminels. Etude expérimentale 848
L. Bender. — Mécanismes psychiatriques chez les meurtriers d'enfants 848
A. Rasmussen. — Le rôle d'attentats sexuels sur des enfants âgés de moins de 14 ans, dans l'étiologie des maladies mentales et des anomalies de caractère 849
P. Schiff. — Les anormaux devant la refonte du Code Pénal 849
J.-R. Beltran. — Les demi-aliénés et la législation pénale argentine 850
Jonesco-Dolj. — Le projet de Code pénal roumain 850
O. Loudet. — La fièvre ondulante comme maladie professionnelle 851

Neuro-psychiatrie.

G.-R. Lafora. — L'orientation neurologique en psychiatrie 851
C. Panara. — Contribution clinique aux formes nerveuses organico-psychogènes associées 851
G. Pellacani. — La composante neuro-végétative des états anxieux 852
M. Renet. — Considérations cliniques et thérapeutiques sur le bégaiement 852
P. Hartenberg. — Le vaginisme névropathique 852
R. Giorgini. — Considérations sur la théorie des réflexes conditionnels 853
S. Métalnikov. — Sur le rôle des réflexes conditionnels dans l'immunité 853
A. Strauss. — Quelques théories modernes sur la localisation cérébrale 853
E.-A. Spiegel. — Labyrinthe et Cortex. L'électro-encéphalogramme du cortex dans la stimulation labyrinthique 853
P.-E. Naspes. — Recherches pneumo-encéphalographiques 854
D.-E. Stolboun. — Les troubles stéréognosiques 854
Kaczynski. — Réflexes du menton chez les aliénés 854
P. Arménise. — Observations sur le chatouillement chez les cérébropathes et sur les manifes-

(Suite du sommaire page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.

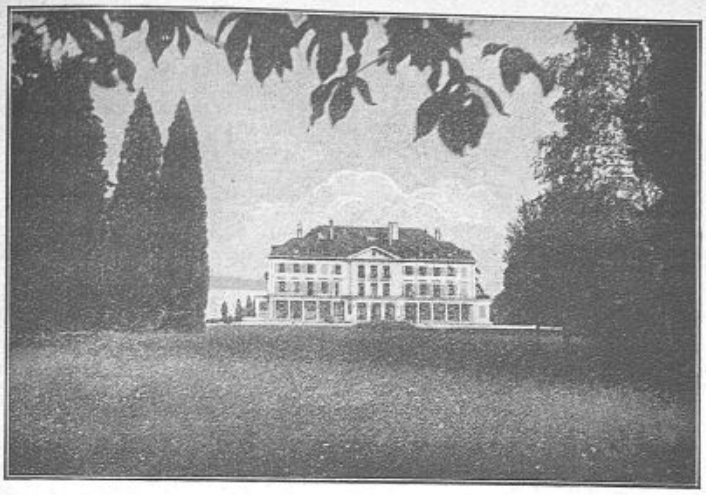
PRIX DE PENSION A PARTIR DE 750 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS
ET JEUNES GENS
ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226



LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS, près NYON

Médecin-en-Chef : Dr O.-L. FOREL Privat-Docent à l'Uni ersité de Genève

ÉTABLISSEMENT MÉDICAL DE PSYCHOTHÉRAPIE

Magnifique situation au bord du lac Léman, à 2 km. 1/2 de Nyon, sur la ligne de Lausanne-Genève, où s'arrêtent la plupart des trains directs. — Parc de 43 hectares. — Sports d'hiver et sports d'été. — Trois tennis. — Bains du lac. — Canotage. — Equitation. — Chambres avec tout le confort moderne et appartements de plusieurs pièces.

TRAITEMENT DE TOUTES LES MALADIES NERVEUSES

Troubles organiques et fonctionnels. — Dépressions nerveuses. — Désintoxications. — Psychopathies. — Convalescence. — Méthodes : **analyses psychologiques par médecins spécialisés et méthodes suggestives, psychopédagogie.** Toutes thérapeutiques physiques, gymnastique médicale, régimes. — En plus de la cure médicale : occupation dans les divers ateliers spécialement aménagés pour travaux manuels, arts appliqués, etc.

Cinq médecins spécialisés. — Laboratoire d'analyses. — Rayons X. — Personnel infirmier soigneusement choisi et in truit.

CONDITIONS

Chambres avec eau courante et **Pension** (cures de repos) à partir de **20** francs par jour.

Chambres ou Appartements avec salle de bains et **Pension** (traitement médical compris) à partir de **30** francs par jour.

Prospectus et tous renseignements par l'Administration.

Tél. : Nyon 95.441. — Adr. télégr. RIVAPRANGINS, Nyon.

©BIUM

tations du rire dans la manœuvre du réflexe rotulien 854
F.-H. Couch et J.-C. Fox. — Etude photographique des mouvements oculaires dans les maladies mentales 855
J. Gonzalo. — Les types de motilité. Contribution à la systématisation du mouvement.. 855
D. Danielopolu et A. Radovici. — Le mécanisme des mouvements involontaires (contractions myocloniques) 855
W.-R. Ingram, S.-W. Ranson et R.-W. Barris. — Le noyau rouge. Son rôle dans le tonus de posture et dans les réactions statiques..... 856
L. Stern. — Les rapports entre le système nerveux sympathique et le système nerveux parasympathique 856
H. Vignes. — Vagotonie et sympathicotonie 856
Romeuf. — Angine de poitrine et sympathicotonie 856
M. Krivy. — Hyperidrose limitée à la face avec astasie pithiatique 857
Quercy et Hédouin. — Remarques sur l'analgésie hystérique chez les malades d'asile 857
G. Colucci. — Recherches expérimentales sur un syndrome chronique atypique chez un sujet hystérique 857
P. Hartenberg. — A propos des convulsions infantiles 857
R.-J. Foundiler et Mme E.-J. Smirnova. — Contribution à la question de l'épilepsie infantile 858
F. Naville et H. Brantmay. — Contribution à l'étude des équivalents épileptiques chez les enfants 858
M. Prados y Such et S. Obrador Alcade. — Etudes sur l'épilepsie. Les mécanismes régulateurs de la crise convulsive 859
N.-I. Propper et L.-G. Fidelholz. — Mécanisme nerveux de la crise convulsive. Contribution à la question de l'épilepsie 859
A.-J. Mc Lean. — Epilepsie automatique. Description d'un cas avec observations nécropsiques 859
E. Vergara. — Le tremblement dans l'Epilepsie 860
L. Sterling. — Symptomatologie des manifestations épileptiques inconnues ou particulièrement rares 860
J.-H. Masserman. — Facteurs psychogénétiques dans quelques épilepsies 861
Ph. Pagniez, A. Plichet et R. Laplane. — Une nouvelle forme d'épilepsie expérimentale : l'épilepsie par parasites cutanés 861
J. Forman. — Epilepsie anaphylactique.... 861
Macdonald Critchley. — De l'épilepsie réflexe 861
H. Marcus. — Epilepsie avec aura gustative 862
Pagniez et P. Salles. — Contribution à la pathogénie de l'épilepsie 862
Ph. Pagniez. — Le rôle du système neuro-végétatif dans l'épilepsie 862
W. Pires. — Epilepsie extra-pyramidale ou sous-corticale 863
P. Serra. — Une manifestation rare de nature épileptique 863
A. Vanelli. — Epilepsie et constitution 863
H.-A. Paskind. — Relations entre la migraine,

(Suite du sommaire page X).

CLINIQUE « LA MÉTAIRIE »

-- -- NYON (Vaud) -- SUISSE -- Tél. Nyon 95.626 -- --

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES. TOUTES DÉSINTOXICATIONS. CONVALESCENCES ET RÉGIMES. CURES DE REPOS ET D'ISOLEMENT. SÉJOURS D'OBSERVATION

EXAMENS ET EXPERTISES NEUROLOGIQUES ET PSYCHOLOGIQUES DANS INSTITUT SPÉCIALISÉ

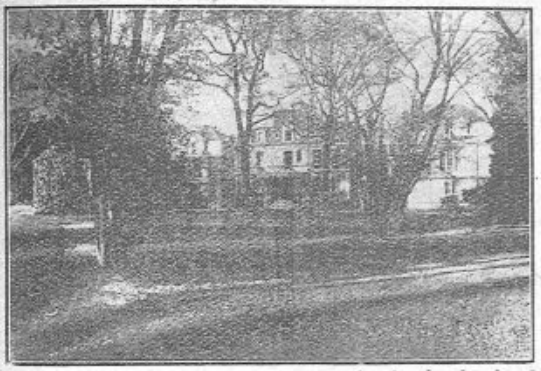
-- -- Consultations tous les jours. -- --
Dr GUILLEREY, Médecin Directeur
(Consultations à Lausanne, Grand-Chêne, 2, lundi et jeudi sur rendez-vous. Tél. : Lausanne 32.434).
Dr Duby, Dr Calame, Médecin consultant : Professeur d'Université Dr O. Lœwenstein.

SAINT-RÉMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --

des affections du Système nerveux, des intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine. Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés - - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables, cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés. Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux. - Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- Dr P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du Dr VIGNAUD, ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

l'épilepsie et quelques autres désordres neuro-psychiatriques 863
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et J. HAMBURGER. — Pathogénie de la migraine 864
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT et J. HAMBURGER. — La crise migraineuse est-elle d'origine sympathique ? 864
G.-A. TOURAINE et G. DRAPER. — Le migraineux. Son type constitutionnel 864
R.-E. CARRATALA et J.-C. BELBEY. — Troubles psychiques et nerveux déterminés par les teintures pour cheveux 865
O. BONAZZI. — L'intoxication cocaïnique et ses répercussions tardives 865
D. OLMER et M. AUDIER. — L'intoxication aiguë par les barbituriques 865
D. OLMER et M. AUDIER. — Considérations sur l'intoxication par les barbituriques d'après une pratique hospitalière de quatre années.... 866
E. FABRE. — Un accident peu connu du barbiturisme 866
J.-A. CHAVANY. — Le barbiturisme aigu, toxicose neuro-végétative 866
P. CASTIN et P. GARDIEN. — Arthralgies et myalgies barbituriques 866
M.-M. CANAVAN, S. COBB et C.-K. DRINKER. — Empoisonnement chronique par le manganèse. Observations d'un cas avec autopsie..... 867
H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. — Méningo-encéphalite saturnine 867
M. SCHACHTER. — Syndromes neurologiques et psychiques consécutifs aux intoxications par l'oxyde de carbone 867
M. LAIGNEL-LAVASTINE et A.-F. LIBER. — Troubles cutanés et nerveux chez les conducteurs de moteurs Diesel 868
M. POMMÉ. — Diagnostic des tumeurs cérébrales 868
A. SILVEIRA. — Syndrome du lobe frontal... 868
R. CARRILLO. — La sclérose diffuse, encéphalite scléro-atrophiante 869
H.-L. PARKER. — Encéphalopathie traumatique « Punch-Drunk » des pugilistes professionnels 869
R. KLEIN et A. KRAL. — La question de la pathogénie et de la psychopathologie du syndrome amnésique consécutif aux traumatismes craniens 870
E. STENGEL et J. ZELMANOWICZ. — L'aphasie motrice polyglotte 871
E. STENGEL. — Pour l'étude de l'aphasie de conduction 871
NIESSL VON MAYENDORF. — Contribution à l'étude de la cécité psychique 872
A. BELL. — L'apraxie dans les lésions du corps calleux. Observation de trois cas 873
Mme E.-L. KAGANOWSKAIA. — Contribution à la question des troubles d'agnosie dans l'encéphalite épidémique 873
H. SCHMID. — Les modifications respiratoires au cours de l'encéphalite épidémique..... 873
E. ZARA. — Epilepsie et Encéphalite épidémique 873
G. LÉVY et A. PIÉRA. — Encéphalite léthargique grave consécutive à une éruption de zona et rapidement guérie par des injections intraveineuses de salicylate de soude 874

(Suite du sommaire page XII).

INSTITUT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
DE VITRY-SUR-SEINE

Adresse : 22, rue Saint-Aubin, Vitry-sur-Seine (Seine). *Téléphone : Italie* 06-96. Renseignements à l'Etablissement ou 164, faubourg St-Honoré (VIII[e]), chez le D[r] Paul-Boncour. *Téléphone :* Elysées 32-36.

Affections traitées : Maison d'éducation et de traitement pour enfants et adolescents des deux sexes : retardés, nerveux, difficiles, etc.

Disposition : Pavillons séparés. Parc de 5 hectares.

Confort : Eau courante chaude et froide. Chauffage central.

Traitement : Hydrothérapique.

Directeurs : D[r] Paul-Boncour, O. ✻ et G. Albouy.

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

-:- Indication spéciale de cure pour les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX ET DES MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent -:-

Etablissement hydrothérapique
dans le parc.

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos, d'exercices et de régimes. Massothérapie. Electrothérapie. Radiologie

Les Hôtels dans le Parc.

Hôtel du Golf. Première réalisation hôtelière de la suppression des bruits. **Hôtel Chicago. Le Grand Hôtel.**

Maison de Régime, sous la direction d'un médecin spécialisé, secondé d'un personnel compétent. Cuisine de diététique. Laboratoire d'analyses et de recherches biologiques.

Distractions.

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants

Tous les sports.

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km. du ac). Pêche à la truite

Directeur Général : **TARTAKOWSKY**

H. Siegmund. — Troubles du tonus et de la motilité du tube digestif, démontrés par l'examen anatomopathologique, chez des encéphalitiques soumis à la cure atropinique 874
L. van Bogaert. — Paroxysmes oculaires et palilalie 874
V. Sourate. — Du syndrome parkinsonien au cours de l'intoxication chronique par le manganèse 875
J.-L. Alvarez Sala et J.-M. Diaz Flórez. — Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Parkinson 875
J.-C. Mussio Fournier et R.-A. Larrosa Helguera. — Narcolepsie et cataplexie postencéphalitique. Inexcitabilité électrique des muscles et des nerfs moteurs pendant l'attaque de cataplexie 875
J. Notkin et S.-E. Jelliffe. — Les narcolepsies. Types cryptogénétiques et symptomatiques 875
C. Levaditi, Mlle R. Schoen et J. Levaditi. — Les encéphalites humaines épidémiques.. 876
A. Melcher. — De l'encéphalite dans l'endocardite lente 876
A. Neiter. — Encéphalite zostérienne..... 877
I. Cohen. — Complications cérébrales des suppurations putrides pleuro-pulmonaires... 877
C.-B.-Mc. Kaig et H.-W. Woltman. — Complications neurologiques de la parotidite épidémique. Observation d'un cas de myélite parotidique 877
G.-E. Daniels. — Névroses associées aux troubles gastro-intestinaux 878
T.-P. Wolfe. — Aspects dynamiques de la symptomatologie cardiovasculaire 878
T.-I. Bennett. — La maladie de Gee..... 878
C. Berlucchi. — Sur une forme spéciale d'artériération grave accompagnée de myosclérose. Contribution à l'étude des troubles psychiques qui accompagnent les myopathies 879
R. Cristini. — Un cas de tabo-paralysie précoce 879

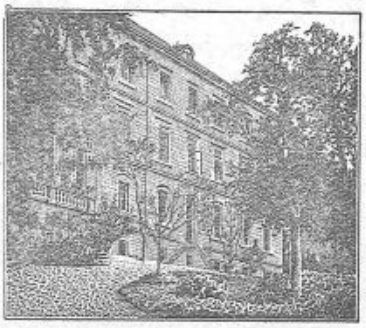
Psychologie.

G. Paul-Boncour. — La paresse chez l'écolier 879
H. Piéron, Mme H. Piéron et H. Laugier. — Etude critique de la valeur sélective du certificat d'études et comparaison de cet examen avec une épreuve par tests..... 880
E. Toulouse. — Le problème de la vieillesse 880
M. Schachter. — Données modernes psychologiques et psychopathologiques sur la question du génie 880

Endocrinologie.

P. Puech. — Les tumeurs de l'hypophyse. Leur diagnostic précoce et les indications thérapeutiques 881
P. Puech et L. Stuhl. — Contribution à l'étude radiologique des tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire 881
E. Cantilo. — L'alopécie habituelle de l'homme adulte, défaut de l'équilibre hypophysogénital 881
R. Rivoire. — Les corrélations hypophyso-endocriniennes. I. Hypophyse et thyroïde. 882
Th. Lang. — Résultats d'une troisième série de

(*Suite du sommaire page XIV*).

CLINIQUE BELLEVUE
Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)
Etablissement neuro-psychiatrique
Installations modernes et confortables

CURES de désintoxication, de repos et d'isolement. Psychothérapie.
Vastes parcs ombragés. Vie de famille.
Prospectus — Prix très modérés
Directeur : Dr H. BERSOT

MAISON DE SANTÉ

*161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e^*

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r^ Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r^ **BONHOMME,** Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r^ **CODET,** Ancien Chef de Clinique de la Faculté

D^r^ **PICHARD,** Ancien Interne des Hôpitaux

mesures relatives à la question des rapports de la radioactivité et du goitre. 882
P. Bastai et G.-C. Dogliotti. — Hyperparathyroïdie et syndromes angiospastiques. Résultats de la parathyroïdectomie partielle dans l'endartérite du type Buerger et dans l'endartérite diabétique ; contribution clinique et interprétation physio-pathogénique 882
J.-A. Collazo et A. Santos-Ruiz. — Tétanie expérimentale chez le chien et vitamine D. 882

Hygiène et prophylaxie.

H. Roemer. — Comment l'hôpital peut-il être adapté le plus rationnellement aux besoins de l'hygiène mentale ? 883
N. Israeli. — Considérations sur l'avenir chez les chômeurs, les malades mentaux et les sujets normaux en Grande-Bretagne 883
L.-G. Téllez. — Les désordres provoqués par l'alcoolisme 884

Assistance.

S. Oberé. — Les réactions psychosiques liées à l'organisation des établissements psychiatriques 884
M. Desruelles. — Projet d'assistance aux enfants anormaux dans le département du Doubs 884
M. Brissot. — Un nouveau service de neuro-psychiatrie infantile à l'Asile de Vaucluse. 885
Hoffmann. — L'installation de services neuro-psychiatriques dans les hôpitaux généraux. 885

VARIÉTÉS

Société Médico-psychologique :
Séances 886
Légion d'honneur 886
Asiles publics d'Aliénés :
Nécrologie 886
Légion d'honneur 887
Poste vacant 887
Hygiène et prophylaxie :
Réorganisation de la Ligue Internationale contre l'Epilepsie 887
Académie de Médecine :
Prix décernés en 1935 par l'Académie de Médecine 887

INFORMATIONS

Association Internationale de Pédiatrie préventive (IVe Conférence, Bâle, 20-21 septembre 1935 XVIII
XLe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française. (Bâle, 20-25 juillet 1936). XXVI

12, Boul. du Château -- NEUILLY-SUR-SEINE
Tél. : Maillot 20-92

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE pour le traitement individuel des **enfants** présentant du retard intellectuel, de l'instabilité, de l'apathie, des troubles nerveux, des impotences fonctionnelles, sous la surveillance du **Dr Suzanne SERIN.**

Rééducation et traitement adapté à chaque cas. Personnel spécialisé. Atmosphère familiale. Grand jardin ensoleillé. Etablissement ouvert aux médecins qui peuvent continuer à suivre leurs malades. Ni contagieux, ni pervers, ni épileptiques.

Directrice : Madame P. BAYARD

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4e Arrt

AMIDAL *Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées* Deux à quatre cuillérées à café, ou quatre à huit comprimés, dragées ou cachets par jour	Entérites aigües et chroniques. Entéro colites. Dysenterie. Toutes les Diarrhées. La constipation spasmodique.
VITAMYL IRRADIÉ *Extrait concentré de vitamines A. B. et C.* Ergostérol irradié Une cuillérée à café avant chacun des trois repas.	Carences et Pré-carences. Rachitisme. Déminéralisation. Troubles de la Croissance
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg Deux à troix granules ou dragées ou 20 à 30 gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule injectable chaque jour pendant 10 jours.	Hypo-acidité gastrique. Syndrome solaire. Dyspepsie atonique. Palpitations et Tachycardie des cœurs nerveux.
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour, entre les repas de préférence. 1 ampoule injectable par jour.	Hyperchlorydrie. Spasmes digestifs — Vomissements. Coliques — Diarrhées.
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg 4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour, en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.	Maladie de Parkinson. Syndromes post-encéphalitiques. Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.
GÉNHYOSCYAMINE Polonovski et Nitzberg 2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour entre les repas de préférence. 1 ampoule par jour.	Spasmes digestifs. Tremblements. Syndromes parkinsoniens. Sueurs des tuberculeux.
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg ou *Ampoules — Goutte — Granules* **GÉNOSTHÉNIQUES** *Cacodylate de Génostrychnine et de Généserine.* 2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas. 1 ampoule injectable chaque jour.	Asthénie. Neurasthénie — Surmenage. Anémie — Convalescence. Paralysies atoniques.
GENOMORPHINE Polonovski et Nitzberg En comprimés dosés à 2 Ctgrs (2 à 3 fois par jour) ou en ampoules injectables dosées à 4 Ctgrs.	La Douleur. L'Anxiété — l'Agitation. Les Dyspnées spasmodiques. La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

©BIUM

TRAITEMENT DES ÉTATS SPASMODIQUES

PRESCRIT A DOSES FAIBLES
FRACTIONNÉES
RÉPÉTÉES

le

GARDÉNAL

COMPRIMÉS A 0gr.01

exerce son habituelle action

antispasmodique

sans que se manifeste
d'effet hypnotique

POSOLOGIE

Adultes : 1 à 4 comprimés à 0 gr. 01 plusieurs fois par jour
(dose maximum : 30 comprimés)
Enfants : Moins de 6 mois : 1/2 à 3 comprimés à 0 gr. 01 par jour.
Un an et au dessus : en principe, 1 comprimé à 0 gr. 01 par année d'âge et par jour.

LA DOSE UTILE SERA FIXÉE PAR PROGRESSION LENTE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
Marques POULENC Frères et USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean-Goujon, 21 - PARIS (8e)

CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers -:- Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

somnifène "roche"

à chacun sa dose

réglable à volonté

le plus maniable des hypnotiques

gouttes

Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
10 Rue Crillon-PARIS

INFORMATIONS

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(IVe conférence, Bâle 20-21 septembre 1935)

CONCLUSIONS

I. — *Mesures à prendre pour éviter les contaminations intérieures et extérieures dans les hôpitaux d'enfants. Règles à observer pour les réaliser :* a) *dans la construction de ces hôpitaux, et* b) *dans leur exploitation.*

1) La Conférence internationale de pédiatrie préventive dénonce le péril que représente, dans les hôpitaux d'enfants, la contagion des maladies infectieuses banales ou spécifiques venues de dehors et celles qui se produisent à l'intérieur de l'hôpital. Responsables de la mortalité considérable dans les hôpitaux d'enfants dans le passé, ces infections doivent actuellement être combattues par l'organisation de locaux appropriés et par une discipline et une surveillance quotidienne concernant les enfants, le personnel soignant, infirmières et médecins, les objets servant aux malades.

2) La preuve est faite que l'isolement en chambres individuelles ou en boxes entièrement clos est un moyen certain d'éviter les contagions, si l'enfant y reste la totalité de son séjour ; mais il est évident que cette pratique ne peut être généralisée à tous les services hospitaliers et se heurte à certains des inconvénients qu'on a groupés

(A suivre page d'annonces XX).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE
Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS
Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS
Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)
Téléphone : Juvisy 76
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
« PRIX MODÉRÉS »

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE
des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

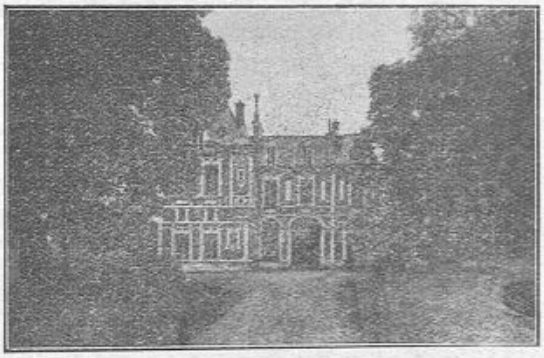
(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17e)

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, *15 minutes de Paris*
65 trains par jour dans chaque sens
Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : *Trajet en 3 minutes*

PARC
de 8 hectares
à
flanc de coteau
au midi
—
Confort Moderne
—
CHAMBRES
avec
Salles de bains
privées



Cures de Repos
Convalescences
Régimes
Désintoxications
Psychothérapie
Héliothérapie
Malariathérapie
—
MÉDECINS
SPÉCIALISTES
résidant
au Château

Drs H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES
Ancienne Maison de Santé fondée par le Dr Blanche à Passy
Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(IVe conférence, Bâle 20-21 septembre 1935)

(Suite)

sous le nom d'hospitalisme. Il faut de toute façon supprimer dans un hôpital les grandes salles, multiplier les chambres individuelles pour isoler les suspects ou les contagieux, et réaliser une organisation qui permette d'éviter les infections sans faire l'isolement individuel et total de tous les enfants.

3) Les services de nourrissons, distincts de ceux des enfants plus grands, doivent être faits de chambrettes à un lit, ou à deux ou trois lits, et leur isolement doit être strictement surveillé, vu la gravité des contagions banales ou spécifiques à cet âge.

4) Pour les enfants plus grands, on peut envisager soit leur isolement individuel initial, surtout s'ils sont suspects de contagion, soit leur groupement dans de petites salles doublées de chambrettes d'isolement (par exemple, type quarantaine de salle Husler-Wieland).

5) Pour éviter les contaminations venant de l'intérieur, il faut en outre que chaque enfant possède pour lui seul tous les objets qui sont nécessaires à ses soins et à son traitement. L'air et la lumière doivent être largement distribués dans les services d'enfants et l'alimentation doit être étroitement surveillée.

6) Les mesures visant les bâtiments et l'organisation matérielle des services ne peuvent seules supprimer la contagion. Elles doivent être doublée d'une organisation de l'admission et des soins et d'une discipline très stricte du personnel médical et infirmier.

(A suivre page d'annonces XXII).

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
3 à 4 comprimés par verre d'eau
12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ENERGIQUE
NOVACÉTINE
PRUNIER
6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX
NEUROSINE
PRUNIER
GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

LE CASTEL D'ANDORTE
- 342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -
MALADIES MENTALES
- ET NERVEUSES -
Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE
LE
RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL
dont est justiciable
Tout DÉPRIMÉ SURMENÉ
Tout CÉRÉBRAL INTELLECTUEL
Tout CONVALESCENT NEURASTHÉNIQUE
6, rue Abel - PARIS (12e)

XV à XX gouttes à chaque repas
XX gouttes = 0,40 de glycérophosphates cérébraux (Na.K.Mg.)
ni chaux, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication
B*

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(IVe conférence, Bâle 20-21 septembre 1935)

(Suite)

7) La contagion du dehors doit être dépistée à l'entrée à l'hôpital ou à la consultation par une enquête très précise, complétée par la visite à domicile de l'enfant et comportant toutes les conclusions prophylactiques nécessaires.

8) La contagion intérieure dont trop souvent le personnel soignant, et notamment le personnel de nuit est responsable, ne peut être évitée que par une éducation très complète de ce personnel, conscient de sa responsabilité et soumis à un ensemble de règlements précis. Ce personnel ne devrait pas être changé trois fois par jour et il serait désirable qu'il puisse périodiquement participer à l'activité du service, au moment de la visite journalière.

9) La santé du personnel infirmier, comme celle des médecins et des étudiants appelés à s'approcher des enfants doit être périodiquement vérifiée par une visite médicale complète.

10) Des mesures spéciales peuvent être envisagées comme le port du masque, surtout dans les soins aux nourrissons et au moment des épidémies grippales, comme la limitation aussi grande que possible des visites de parents (en écartant toute visite des frères et sœurs), comme l'organisation moderne des consultations par un aménagement empêchant les enfants de se contaminer entre eux, et, autant que possible, par la limitation de l'attente.

(A suivre page d'annonces XXIV).

TRAITEMENTS AURIQUES
Tuberculose D. P. Rhumatisme
(Voie intramusculaire)
Oléochrysine Lumière
Suspension huileuse d'auro-thiopropanol sulfonate de calcium
Allochrysine Lumière
Sel organique d'or

DÉSENSIBILISATIONS omnivalentes NON SPÉCIFIQUES
Anaphylaxie, Manie, Mélancolie
EMGÉ LUMIÈRE { ab ore / voie veineuse / voie musculaire
(Thiosulfate magnésien)

Le meilleur des Borico-alcalins :
BOROSODINE LUMIÈRE

Littérature et Echantillons :
LABORATOIRES LUMIÈRE, 45, Rue Villon, LYON

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis

Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

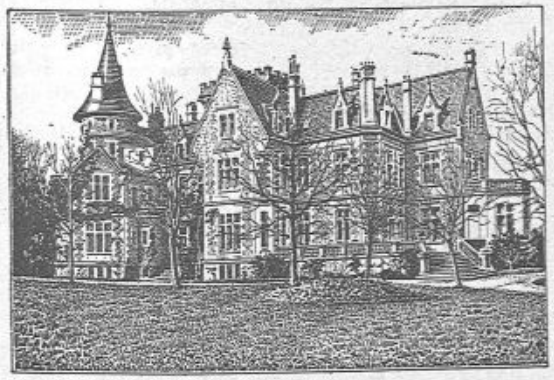
CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



Dr **Marcel DHERS**

Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos
de Régimes

Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences

Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu -- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(IVe conférence, Bâle 20-21 septembre 1935)

(Suite)

11) Quel que soit l'ensemble de ces mesures, on doit éviter de toute façon l'encombrement néfaste à l'organisation anti-infectieuse dans un hôpital d'enfants. Il faut aussi éviter l'insuffisance numérique du personnel médical et infirmier, cause de surmenage et d'insuffisance dans la surveillance des soins.

12) Etant donné la complexité des problèmes soulevés par la construction des établissements pour enfants, il est désirable que les autorités publiques compétentes soumettent les plans de toute nouvelle construction projetée à une commission composée de pédiatres.

⁂

II. — *La prophylaxie de la tuberculose à l'école*

1) La lutte contre la tuberculose scolaire n'étant qu'une partie de la lutte contre la tuberculose en général, il est désirable qu'une liaison étroite soit établie entre l'inspection médicale des écoles, les dispensaires antituberculeux, les services hospitaliers et les œuvres de préservation de l'enfance.

2) Cette lutte doit donc se faire aussi bien à l'école qu'en dehors de l'école ; à ce dernier point de vue, on devra tenir compte du milieu familial de l'écolier (logement, alimentation, état de santé de l'entourage).

(A suivre, page d'annonces XXV.)

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

◆ ◆ ◆ ◆ ◆ FONDÉ EN 1930 ◆ ◆ ◆ ◆ ◆

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : **Docteur MONESTIER,** Médecin honoraire des Asiles
Directeur administratif : **E. COCONAS,** Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.

Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.

Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAINEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE PRÉVENTIVE

(IVe conférence, Bâle 20-21 septembre 1935)

(Suite)

3) Tout le personnel affecté à une école — personnel enseignant et personnel de service — sera obligatoirement soumis à un examen d'admission et à un examen qui sera répété tous les deux ans au moins. Cet examen sera clinique et radiologique et sera fait par un service compétent admis par l'autorité.

Les lois et règlements devront être tels que le malade pourra avoir les moyens matériels de se soigner le temps nécessaire.

4) Tout enfant admis à l'école, publique ou privée, sera soumis à un examen médical, répété si possible chaque année et comportant l'examen clinique, la cuti-réaction et, si celle-ci est positive, l'examen radiologique. Ces examens seront contresignés sur le carnet sanitaire, qui doit suivre l'enfant pendant toute sa vie scolaire. L'enfant capable de contaminer ses camarades sera éliminé et soigné.

5) L'enfant passant à l'école une grande partie de sa vie, il doit y trouver les conditions d'hygiène les plus favorables à son développement physique et à sa résistance à l'infection tuberculeuse.

6) Pour atteindre ce but, il y aura lieu de développer les écoles en plein air, les terrains de jeux, de diminuer la durée des heures d'étude, de consacrer plus de temps aux récréations et aux exercices de plein air. On donnera à l'écolier, toutes les fois que cela sera nécessaire, un supplément de nourriture capable de compléter l'insuffisance de son alimentation familiale.

(A suivre page d'annonces XXVI).

INSTITUT MÉDICAL PRIVÉ

POUR

ENFANTS RETARDÉS ET NERVEUX

LE HOHWALD (Bas-Rhin)

Station climatérique (600 mètres)

SONT ADMIS : 1° Les déficients mentaux (instables, asthéniques, nerveux).
2° Les arriérés accidentels.
3° Les retardés par suite de chétivité constitutionnelle.

NOUS N'ACCEPTONS QUE DES ENFANTS RÉÉDUCABLES ET NON CONTAGIEUX

Surveillance médicale rigoureuse. Education médico-pédagogique adaptée aux cas particuliers. Rythmique. Jeux et sports (sports d'hiver 1.099 m.). Cure d'air et de soleil. Climat tonifiant.

DIRECTION :

E. HAAS HAUTVAL — Mlle Dr H. HAAS HAUTVAL

XL[e] SESSION DU CONGRÈS

des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

La *XL[e] Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française* se tiendra à *Bâle, Zurich, Berne* et *Neuchâtel* du *20* au *25 juillet 1936*.

Présidents : M. le Docteur O. Crouzon, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de la Salpêtrière ; et M. le Docteur A. Repond, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Malévoz, à Monthey (Valais).

Vice-Président : M. le Docteur M. Olivier, Médecin-Directeur de l'Asile départemental de Blois (Loir-et-Cher).

Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul (Nord).

Secrétaire annuel : M. le Docteur O.-L. Forel, Privat-Docent de l'Université de Genève, Médecin-Chef de la Maison de Santé des Rives de Prangins, près Nyon (Suisse).

Trésorier : M. le Docteur Vignaud, de Paris.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XL[e] Session.

Psychiatrie : *L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques.* — Rapporteurs : MM. les Docteurs W. Boven, Privat-Docent à l'Université de Lausanne, et A. Brousseau, Médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, à Paris.

(A suivre page d'annonces XXVIII).

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)

Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

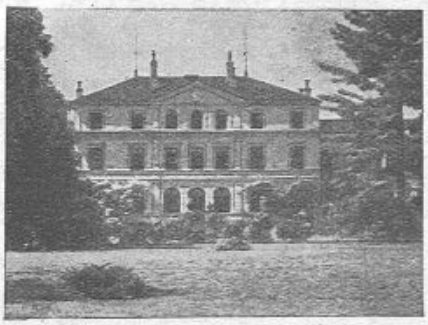
Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.

MAISON de SANTÉ de PRÉFARGIER

près Neuchâtel, Suisse

Traitement des maladies nerveuses et mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies.

Installations modernes



Psychothérapie.

Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires

Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel
Vaste parc de 30 hectares

Deux médecins spécialistes résidant à l'Etablissement
Médecin-Directeur : Dr A. Koller — Médecin-Adjoint : Dr Ch. Barbezat

PROSPECTUS

XL[e] SESSION DU CONGRÈS

des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France

et des Pays de Langue française

(Suite)

NEUROLOGIE : *Etude séméiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques.* — Rapporteurs : M. le Docteur J. CHRISTOPHE, Ancien Chef de Clinique des maladies nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin assistant à la Salpêtrière.

THÉRAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE : *Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles.* — Rapporteur : M. le Docteur Hans MAÏER, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Zurich.

N. B. — Les *inscriptions* sont reçues par le Docteur VIGNAUD, *Trésorier*, 4, avenue d'Orléans, Paris (14[e]). C.-C. postal Paris 456.30. Le prix de la cotisation à la session est de 80 francs (*membres adhérents*). Les membres inscrits avant le 10 juin 1936 recevront les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association sont inscrits de droit à la session et recevront les rapports dès leur publication.

Les membres titulaires et adhérents peuvent inscrire comme *membres associés* (cotisation de 50 francs) les membres de leur famille.

Pour tous renseignements, s'adresser au Professeur P. COMBEMALE, route d'Yprès, à Bailleul (Nord).

VILLA LUNIER

à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **Dr LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de **550** fr. par mois à **1.600** fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre **2.600** et **3.600** fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — **Téléphone : 2-82.**

Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ